В. И. ЗДРАВОМЫСЛОВ
З. Е. АНИСИМОВА
С. С. ЛИБИХ

# ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЖЕНСКАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

ПЕРМЬ 1994

ГЛАВНАЯ РЕДАКЦИЯ
НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Книга отпечатана по изданию:
В. И. Здравомыслов, З. Е. Анисимова, С. С. Либих.
Функциональная женская сексопатология. — Алма-Ата:
Казахстан, 1985.

Рецензенты:
академик АМН СССР **Г. В. Морозов**,
доктор медицинских наук **В. В. Абрамченко.**

**Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С.**
З—46 Функциональная женская сексопатология. — Пермь, ТОО фирма «Репринт», 1994. — 272 с.

Книга состоит из введения и двух частей: общей женской сексологии и женской сексопатологии. Первая часть содержит полное описание нормальной половой жизни женщины, включает очерк теории ее психологии и физиологии. Уделено внимание возрастному аспекту и социально культурным условиям. Вторая часть посвящена методам исследования и лечения женских сексуальных нарушений. В отдельную главу выделен материал об организации помощи женщинам и супружеским парам, обобщен опыт работы консультаций по вопросам семьи и брака

Книга адресована гинекологам, психиатрам, невропатологам, психотерапевтам.

**57.12**

# ВВЕДЕНИЕ

Удовлетворенность интимной жизнью в значительной мере зависит от степени духовной общности супругов, от их индивидуально-нравственной совместимости. Сексуальная неподготовленность супругов влияет, как правило, на гармонию супружеских отношений и ведет, в свою очередь, к межличностному и сексуальному конфликту. Неудовлетворенность в половом общении супругов происходит главным образом потому, что многие вступают в брак сексуально неподготовленными. Это и приводит подчас к тому, что женщине в первые годы семейной жизни наносятся психические травмы, что иные из них вообще разочаровываются в половой жизни и браке. Многое тут зависит от уровня нравственного развития супругов. Эгоизм, один из главнейших врагов семейной жизни, проявляется и в отсутствии стремления доставить любимому человеку наслаждение интимной близостью. Удовлетворенность интимной жизнью зависит и от общей воспитанности человека, от его деликатности, бережности в супружеских отношениях.

Расстройства сексуальной жизни женщины не только заставляют ее страдать морально и физически, но часто являются причиной несчастных браков, разбитых иллюзий, ведут к разрушению семьи, разводам (В. А. Репин, 1968; Е. Л. Вдовяк с соавт., 1969). Известно, что число разводов за последние годы имеет тенденцию к росту. В СССР число разводов, по данным переписи 1970 года, составило 34% от числа браков. Среди причин разводов сексуальные дисгармонии супругов занимают видное место. В свете этого проблема лечения сексуальных расстройств у женщин приобретает социальное значение.

Проблемы сексопатологии занимали умы врачей и философов с древних времен. Старинные индийские рукописи «Камасутра» Ватсьяяна, написанная около 2000 лет назад, литературный памятник XV века «Анамгаранда Калианомата», так же как поэма «Наука любить» Овидия Назона,

описывающие половую жизнь мужчины и женщины, до сих пор не утратили своего значения.

В Западной Европе и Америке разработка сексологической проблемы началась в XVIII веке. Научное описание физиологии и патологии полового акта мы встречаем в монографии Roubaud (1876). В России первым исследованием о половой функции женщины надо признать диссертацию Шаврова (1848). Первая статистическая работа о возрасте наступления менструаций была опубликована в 1849 году во Франции (Dubois, Pajot). В России разработке этой проблемы положил начало А. А. Китер (1858). По призыву акушерско-гинекологических обществ Петербурга, Москвы и Киева стали появляться публикации многочисленных авторов, однако все они касались только статистических вопросов возраста полового созревания, брачного и климактерического возраста, а также различных факторов, влияющих на раннее или позднее их наступление.

Первыми русскими работами по женской сексопатологии была статья В. М. Тарновского «Извращение полового чувства у женщин» (1895) и монография П. И. Ковалевского «Психология пола». В 1904 году А. Ненадович на секции акушерства и женских болезней Пироговского съезда врачей в Петербурге делает доклад «Anaesthesia sexualis женщин», в котором дается первая отечественная классификация различных форм женской фригидности, объясняется патогенез каждой формы.

В начале XX столетия возникла идея распространением массовых анонимных анкет выявить состояние половой проблемы среди молодежи. Но, к сожалению, царская цензура препятствовала научной разработке сексологических вопросов.

Если разработанные в 1909 году М. А. Членовым анкеты успели появиться в печати, то анкеты Харьковского медицинского общества, розданные студенткам медицинского и педагогического институтов, были в основном конфискованы полицией и уничтожены.

Из дореволюционных исследований по женской сексопатологии надо отметить ряд работ основоположника учения о женской сексопатологии в нашей стране Г. Г. Гентера, посвященных женской половой холодности.

После революции одна за другой печатаются монографии зарубежных (В. Гаммонд, Н. Е. Ишлондский, В. Ф. Калвертон и В. В. Линдсей, Х. Роледер и др.) и советских авторов (И. Г. Гельман, С. Я. Голосовкер, З. А. Гу-

ревич, Ф. И. Гроссер, В. Г. Дик, В. И. Здравомыслов, Як. И. Здравомыслов, А. Э. Мандельштам, М. С. Маргулис и Е. И. Кватер, С. А. Селицкий, Н. В. Слетов, Л. Я. Якобзон).

В Америке широко развернул научные исследования институт, возглавляемый A. E. Kinsey. В социалистической Чехословакии появляются сексологический институт (J. Hynie) и супружеский диспансер (Ir. Knoblochová).

При Московском институте психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР начала работать специальная проблемная научная лаборатория по вопросам сексопатологии (П. Б. Посвянский, Г. С. Васильченко) (сейчас Всесоюзный научно-исследовательский центр по вопросам сексуальной патологии), занимающаяся вопросами организации научной разработки сексологических проблем.

К сожалению, почти все советские специалисты занимаются мужской сексопатологией. Из крупных советских сексологов женской сексопатологией занимаются А. М. Свядощ, З. В. Рожановская, Н. В. Иванов, П. Б. Посвянский. В области женской сексопатологии с позиций гинеколога много лет работает В. И. Здравомыслов.

Состояние исследований в области женской сексопатологии не может не сказаться на медицинской практике. У врача-практика пока нет пособий, которые служили бы ему в качестве руководства. Сравнительно невелико внимание к вопросам сексопатологии при подготовке медицинских кадров, тогда как миллионы женщин крайне нуждаются в помощи сексопатолога. И. М. Аптер сообщает, что среди сексологических больных, обратившихся в Харьковский психоневрологический диспансер за 15 лет, лишь 8% составляли женщины, да и то это были жены находящихся на лечении мужей, явившиеся по вызову врача. Самостоятельных обращений почти не было. Многие женщины страдали тяжелым неврозом, совершали суицидальные попытки, но к врачу из-за ложного стыда не обращались.

Согласно докладу К. Имелинского и И. Рошковского (1959) на польском сексологическом симпозиуме, посвященном женской половой холодности, только в Польше было зарегистрировано более 6 миллионов фригидных женщин.

За последние годы наблюдается рост обращаемости женщин к врачам-сексопатологам, который будет продолжаться и далее, так как можно предположить, что развитие форм семейной жизни будет связано с увеличением значе-

ния сексуальной основы брака. Чем свободнее брачный союз от экономических соображений и расчетов, чем в большей мере он будет строиться на нравственном и духовном союзе индивидуумов, тем большее значение в этих отношениях будут приобретать вопросы полового соответствия супругов. В самой же проблеме полового соответствия все большее значение будет иметь сексуальное поведение женщины, ибо полнота и интенсивность удовлетворенности полового чувства обоих партнеров в значительной мере зависит от нее. Одно из самых очевидных проявлений социального неравенства между мужчиной и женщиной, унаследованного от прошлого, в том, что женщина как в брачно-семейных, так и во внебрачных связях была лишь объектом сексуального удовлетворения мужчины. Изменение социального положения женщины приводит к тому, что она становится равноправным партнером в интимных отношениях и приобретает все большее моральное право на соответствующую инициативу в их становлении и развитии.

Отмеченные тенденции в изменении брачно-семейных отношений требуют более глубокой и обстоятельной разработки вопросов женской сексологии и сексопатологии.

Отмеченные тенденции в изменении брачно-семейных отношений требуют более глубокой и обстоятельной разработки вопросов женской сексологии и сексопатологии.

Литература по общим вопросам половых и любовных отношений имеет многовековые исторические традиции. Достаточно вспомнить Овидия Назона, индийский эпос, творчество Э. Парни и т. д. Эта литература может быть разделена следующим образом: 1) сексологическая литература; 2) литература по сексопатологии; 3) эротическая литература; 4) порнография.

Эротическая и порнографическая литература пишется с единственной целью — вызвать у читателя половое возбуждение. Вульгарно-натуралистическое, непристойное изображение половой жизни в литературе, изобразительном искусстве, театре, кино широко захлестнуло США и Западную Европу. В СССР распространение порнографии считается уголовным преступлением (УК Казахской ССР, ст. 215).

Литература по сексологии и сексопатологии имеет два направления — научное и популярное. Если научные работы предназначены для повышения квалификации врачей-сексопатологов, то популярная литература, адресованная

широкому читателю, освещает вопросы эстетики сексуальных отношений, различные психологические и физиологические аспекты семейной жизни.

Под сексологией мы понимаем учение о половой функции человека во всех аспектах этой мультидисциплинарной проблемы. Сексология включает в себя и философию, и историю, и социологию, и психологию, и этнографию, и антропологию, и генетику в той мере, в какой эти науки занимаются вопросами пола и половой жизни.

Сексопатология — это медицинская клиническая дисциплина, которая изучает причины сексуальных расстройств (этиологию), механизмы их развития (патогенез), клинику, течение и прогноз заболеваний, а также вопросы лечения и профилактики. Один из наиболее существенных вопросов — вопрос о границах сексопатологии, который может подвергаться научному рассмотрению лишь в связи с более глубокой разработкой проблем нормальной половой жизни, которыми занимается сексология. Понятие нормы имеет нравственную и физиологическую стороны. В меньшей мере практическому врачу приходится сталкиваться с юридическим аспектом этого понятия. В медицинской литературе и у нас, и за рубежом сексологи в основном занимались и занимаются освещением не сексологии, а сексопатологии, т. е. вопросами отклонения от нормы, не зная того, что такое «норма». Каждый автор трактовал ее субъективно, согласно собственному опыту.

С 1954 года в США сексологическая лаборатория W. Masters и V. Johnson начала работать над выявлением нормальных реакций как всего организма, так и различных его органов и систем во время различных фаз и вариаций полового акта.

В Москве Всесоюзный научно-исследовательский центр по вопросам сексуальной патологии разрабатывает сексологический структурный анализ, который дает возможность уточнить критерии нормы и патологии.

Возникает вопрос, всякое ли отклонение от нормального полового акта с физиологической точки зрения может быть названо патологическим. По-видимому, нет. Нормальный половой акт требует соответствующих психологических, нравственных и бытовых условий. Отсутствие этих условий может привести к тому, что далеко не всякий акт приносит взаимное удовлетворение супругам. Однако не всякое неудачное сношение следует считать признаком патологии. С патологией мы сталкиваемся лишь в случае си-

стематической неудачи одного или обоих партнеров. Врач имеет дело с теми формами патологии, которые осознаются пациентами. Осознание определенной неполноценности полового удовлетворения или невозможности его испытать и является главным побудительным мотивом, заставляющим пациента обратиться в клинику.

Сексуальные отношения составляют самую интимную сторону человеческого существования, в них раскрываются наиболее глубинные личностные свойства индивидуума. Отношение к проблемам пола — это не только отношение к другому человеку, но и отношение к собственному телу, собственной личности.

Половая функция человека является единственной парной функцией, в которой участвуют мужчина и женщина. Нормальное половое общение мужчины и женщины — это не только соответствующее физическое и психическое состояние, не только физиологический чувственный компонент, но и личностное взаимодействие супругов, духовная близость, желание иметь половое общение именно с тем, а не с другим партнером.

Еще В. М. Тарновский писал: «Любовь — половое влечение между двумя лицами разного пола, непременно связанное с симпатией душ... Симпатия душ без полового влечения — есть дружба, а не любовь. Нормальная любовь возможна лишь в связи с половым чувством».

Таким образом, для благоприятного и счастливого брака необходимо сочетание достаточно сильного личностного и чувственного компонентов (духовная близость, любовь и желание половой близости с любимым, получение полного удовлетворения — оргазма).

Van de Velde писал: «Брак, который держится только на чувстве долга, всегда останется отрицательной, хотя бы и солидной величиной, брак же, который покоится на взаимных эротических ощущениях супругов, уже одним этим приобретает положительную ценность». Van de Velde указывает на четыре условия, от которых зависят любовь и счастье в браке: правильный подбор супругов; общее психическое соответствие между супругами; решение вопроса о потомстве в соответствии с желаниями обоих супругов; гармонично-цельная половая жизнь.

Мужчины и женщины переживают любовь по-разному. В общем любовь мужчины более эгоистична, любовь женщины — более альтруистична.

К сожалению, в браке порой отсутствует гармония либо

в личностных отношениях, либо в чувственно-эротических. Эти два фактора взаимосвязаны, нарушение одного из них почти всегда ведет к нарушению другого — появляется дисгармония.

Дисгармония часто ведет к развитию предневротических, а затем и невротических состояний сначала у одного из супругов, а потом, как правило, и у другого. Оба партнера нуждаются в психотерапии. Кроме индивидуальной психотерапии необходима семейная психопрофилактика, которая проводится, как правило, в семейных консультациях (З. Е. Анисимова).

В данной книге мы рассмотрим функциональные сексуальные расстройства у женщин. Некоторые авторы выдвигают возражения против разделения сексопатологии как медицинской дисциплины на мужскую и женскую. Однако следует помнить о многочисленных различиях в половых функциях мужчины и женщины на всех уровнях — анатомо-физиологическом, нейроэндокринном, психологическом, социально-психологическом и социальном. По мнению А. М. Свядоща, изложение женской сексопатологии в отрыве от соответствующих проявлений у мужчин очень затруднило бы получение целостного представления о ней. В связи с этим мы уделили определенное внимание и сексуальным нарушениям у мужчин.

*Часть I*

# НОРМАЛЬНАЯ ЖЕНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ

*Глава 1*

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ

Половая жизнь человека — частный вид общения людей между собой. Ей посвящен один из разделов комплексной науки о человеке — человекознание (Б. Г. Ананьев, 1968).

Половая жизнь подтверждает единство (но не тождество) психического и соматического в человеке, в ней отражается обусловленность сознания и духовной жизни личности социально-историческими условиями.

Когда мы говорим о физиологических закономерностях половой жизни, общих для животных и человека, мы пользуемся понятием «организм», изучая психологическую и социальную стороны половой жизни человека — понятием «личность» (В. Н. Мясищев). Большинство зарубежных ученых, в том числе З. Фрейд, биологизировали личность или считали ее биосоциальным образованием (в этом определении биологическое и социальное как бы существовало наравне). В действительности личность — понятие социальное, хотя существуют так называемые биологические предпосылки личности, которые особенно проявляются в эмоциональных процессах и свойствах личности (темперамент, инстинкт и др.). Опираясь на марксистские положения об отношении как главном объекте познания человека (человек познается через его отношения), В. Н. Мясищев сформулировал определение личности. Личность — это совокупность общественных отношений человека, формирующаяся в течение его жизни (в процессе социализации).

Бесспорно, что основы эмоционального фонда закладываются в детстве и во многом зависят от глубины и содержательности взаимоотношений с родителями, а затем и с

другими членами семьи. Личность человека имеет различные уровни (В. Н. Мясищев выделяет витальный, конкретно-бытовой и идейный), при этом половая жизнь затрагивает все уровни личности, хотя и выступает на каждом из них в своих специфических проявлениях.

Советская психология признает наличие и важность неосознанных (бессознательных психических процессов, изучению которых посвятили свои работы многие отечественные физиологи, психологи и клиницисты (И. М. Сеченов, И. П. Павлов, В. Н. Мясищев, Д. Н. Узнадзе, Г. В. Гершуни, В. Е. Рожнов, Ф. В. Бассин и др.). Различные аспекты половой жизни человека останутся нераскрытыми, если не будут изучаться бессознательные или неполностью осознаваемые компоненты этих проявлений. В то же время мы не согласны с З. Фрейдом, который подчеркивал ведущую роль бессознательного, резко отграничивал его от сферы сознания и противопоставлял ему. Сознательное и бессознательное образуют единую чрезвычайно сложную систему, обеспечивающую, например, возникновение полового влечения, направленного на конкретного сексуального партнера, выбор партнера, весь психологический процесс их сближения. Конфликты, не осознаваемые человеком, могут явиться причиной навязчивых явлений, страхов, препятствующих нормальному половому общению.

Мотивации человека, имеющие сексуальный характер, также могут не осознаваться человеком. В то же время нет оснований сводить все неосознаваемые конфликты и другие психические трудности только к сексуальному содержанию, пансексуализму. Ближайшие ученики З. Фрейда, A. Adler и C. G. Jung отошли от сведения всей неосознаваемой психической деятельности только к сексуальному содержанию. В дальнейшем неофрейдисты (K. Horney, E. Fromm, G. Sullivan и др.) предлагали свои схемы функционирования и содержания бессознательного. Для выяснения психогенеза многих сексуальных нарушений применяются ассоциативный эксперимент, исследование сновидений, прожективные экспериментально-психологические методики (тесты). Однако ценность представляют лишь такие данные, которые истолкованы с учетом клинического анализа каждого больного (для сексопатологии — клинического анализа обоих сексуальных партнеров). Г. С. Васильченко проводил социально-психологическое изучение супружеских пар (с помощью опросника T. Leary). Помимо специальных психологических и социально-психологических методов

исследования сама половая жизнь (в частности, половой акт) может рассматриваться как чрезвычайно дифференцированный естественный социально-психологический экспеимент (С. С. Либих). Выявление структуры, содержания, особенностей половой жизни дает обширную информацию о личностях сексуальных партнеров и об особенностях многих психических процессов. Очень важно изучение восприятия и понимания партнерами друг друга, соотношения лидерства и зависимости, отношения к ситуациям затруднения и неудачи (фрустрация), отношения к противоположному полу и к самому себе в плане самооценки и самоутверждения (онанизм, формирование идеала партнера, сексуальная предприимчивость и т. д.). Эти отношения формируются в подростковом и юношеском периодах развития личности (12—18 лет) на фоне биологического созревания и нейроэндокринной пубертатной перестройки. Особенности юношеской психологии, в том числе в плане становления и разрешения сексуальных проблем, подробно описал И. С. Кон (1979).

*Глава 2*

# АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Женские половые органы делятся на наружные и внутренние.

**Наружные половые органы,** являясь мощным эротическим стимулятором, обеспечивают наиболее сильное адекватное половое возбуждение мужчины и женщины (комплекс эрогенных зон). С одной стороны, наружные половые органы служат защитой внутренних половых органов, а с другой стороны, обеспечивают проникновение мужского полового члена во влагалище. Во время полового акта наружные половые органы женщины функционально объединяются с влагалищем, поддерживают и усиливают половое возбуждение мужчины и специфическое сладострастное ощущение (оргазм).

Наружные половые органы состоят из больших и малых половых губ, входа во влагалище, клитора, передней и задней спаек, лобка (бугорок Венеры) и промежности.

*Большие половые губы* (большие срамные губы) — округлые складки кожи, ограничивающие с боков половую

щель. Соединительная и жировая ткань кожных складок обеспечивает упругость губ. Большие половые губы хорошо снабжены кровеносными и лимфатическими сосудами. Внутренняя поверхность больших губ имеет характер слизистой оболочки.

Кверху большие половые губы, сливаясь, переходят в лобок, выступающую часть треугольной формы, вершиною обращенную вниз, покрытую волосами. Верхний край участка, покрытого волосами, может быть горизонтальным (женский тип оволосения) или вытянутым кверху (мужской тип оволосения). Тип оволосения и степень густоты волос зависят от возраста женщины (степени полового созревания), состояния эндокринной системы, а также от национальных, этнографических и антропологических особенностей. По В. И. Здравомыслову, мужское оволосение лобка у женщин встречается в 7,25% случаев (1 : 11,7), причем эта частота зависит от цвета волос: наиболее часто мужское оволосение встречается у брюнеток и значительно реже — у блондинок (у брюнеток — 14% (1 : 6,1), у рыжих — 10,5% (1 : 8,5), у шатенок — 7,19% (1 : 12,9) и у блондинок — 4,7% (1 : 20,4). А. М. Свядощ указывает, что рост волос начинается в 11,6—12,6 лет и продолжается 2,5—3 года. По нашим данным, встречается как более раннее начало оволосения, так и более позднее.

Половая щель женщины ограничивается передней и задней спайками, которые в половой жизни имеют определенное значение, особенно при различных позициях, в которых совершается половой акт.

*Малые половые губы* (малые срамные губы, нимфы) — складки кожи, расположенные кнутри от больших половых губ и ограничивающие преддверие во влагалище. У девушек, а также у нерожавших упитанных молодых женщин они обычно не видны, так как прикрыты большими половыми губами. У женщин с пониженным питанием, астеничных, рожавших и пожилых половая щель широкая (вплоть до зияния), а малые половые губы выступают между большими губами, иногда приобретая «скрученный» вид *. Малые половые губы богато снабжены кровеносными сосудами и нервными окончаниями. Они весьма чувствительны в

* Сильное развитие малых губ встречается у некоторых народностей Африки (готтентотский передник) Гинекологи считали такие губы одним из признаков женской мастурбации, хотя этот признак нельзя считать абсолютно достоверным.

отношении боли и специфических сексуальных ощущений, что позволяет отнести их к эрогенным зонам.

Между малыми губами расположена полость, называемая *преддверием*. В нее открывается мочеиспускательный канал, отверстие которого располагается выше входа во влагалище (под клитором), и выводные протоки бартолиновых желез, секрет которых, по мнению некоторых авторов, увлажняет вход во влагалище для безболезненного введения пениса. Бартолиновые железы во время полового акта выделяют от 1 (у нерожавших) до 2—3 (у многорожавших) капель секрета каждая. Увлажнение же обуславливается пропотеванием транссудата через стенку влагалища (любрикация).

Вход во влагалище у девушек ограничен (окаймлен полностью или частично) девственной плевой (hymen). По поводу ее физиологического значения существуют различные мнения (препятствие проникновению инфекции, поддержание относительной стабильности содержимого влагалища и т. д.). Роль и оценка девственной плевы, ее наличия или отсутствия весьма различна в различные исторические эпохи, у разных народов, социальных слоев и групп и зависит от множества этнографических, антропологических, философских, этических, психологических, религиозных и других факторов. Девственная плева варьируется по толщине, эластичности, плотности, форме (насчитывается более 20 видов плевы), насыщенности кровеносными сосудами и нервными окончаниями. Обычно девственная плева имеет небольшое овальное или полулунное отверстие для стока менструальной крови. В некоторых случаях бывают два (hymen bifenestratus) или несколько мелких отверстий (hymen cribriformis). Изредка встречается сплошной hymen inperforathus. В этом случае количество менструальной крови, скопившейся во влагалище, с каждым месяцем увеличивается и образует сначала haemotocolpos, а затем haemotometram. В этих случаях показано оперативное вскрытие hymen.

Размеры входа во влагалище варьируют даже у одной и той же женщины, что связано с большим или меньшим напряжением мышц, запирающих вход во влагалище. Диаметр входа изменяется в период полового возбуждения женщины. В обычном состоянии края входа могут соприкасаться.

*Клитор* (русский термин «похотник») является важнейшим образованием наружных половых органов женщины.

Он находится в верхней части половой щели, спереди и сверху прикрыт «капюшоном» (praeputium clitoridis), образованным передними частями малых губ. Клитор в обычном состоянии пальпируется как мягкое овальное образование величиной от просяного зерна до небольшой горошины. Однако это не весь клитор, а лишь его головка. Клитор состоит из трех частей — головки, тела и двух ножек. Все части построены из кавернозных тел, аналогичных кавернозным телам полового члена мужчины. Эмбриологический процесс развития клитора близок к процессу развития полового члена.

P. Mantegazza совершенно справедливо утверждал, что клитор подобно пенису при эрекции увеличивается в размерах. A. Moll категорически это отрицает и считает, что клитор в отличие от мужского органа при половом возбуждении не меняет своей величины. Мы считаем это недоразумением. Эрекция клитора выражена, конечно, значительно менее ярко, чем эрекция пениса. Особенно мало заметно это увеличение при маленьких размерах клитора. Величина клитора, пожалуй, еще более вариабельна, чем величина пениса. Чем крупнее клитор, тем заметнее его тумесценция и увеличение объема при эрекции.

Величина клитора в половой потенции женщины заметной роли не играет. По данным W. Masters and V. Johnson, во время эрекции ствол клитора постоянно реагирует увеличением своего диаметра, удлинение же его авторы наблюдали менее чем в 10% случаев.

Клитор богато снабжен кровеносными сосудами и нервами. Это одна из наиболее эрогенных зон женщины, однако индивидуальные колебания эрогенности клитора тоже довольно велики. У женщин, обладающих клиторным, клиторно-влагалищным и недифференцированным типами оргазма, клитор представляет собой обширное рецепторное поле, от которого начинается сложная система афферентных нервных путей, участвующих вместе с центральной нервной системой, эфферентными путями и исполнительными аппаратами в рефлекторном механизме оргазма. Клитор часто является объектом женской мастурбации и так называемой лесбийской любви (женский гомосексуализм).

Пространство между задней спайкой половой щели и задним проходом называется *промежностью* (perineum). Оно заполнено телом промежности, состоящим из соединительно-тканных и мышечных волокон. Промежность покрыта тонкой кожей. Она может быть высокой (3—4 см) или

низкой. Ее значение для сексопатологии состоит в том, что она является одной из эрогенных зон женских наружных половых органов. В редких случаях она становится рецепторным полем системы, обеспечивающей промежностный (перинеальный) оргазм.

**Внутренние половые органы** состоят из яичников (ovarii), маточных, или фаллопиевых, труб (salpinx), матки (uterus) и влагалища (vagina, colpos).

*Яичники* — овальные образования размером 3—4×2—2,5 см, весом 6—8 г. Эта парная половая железа, расположенная в малом тазу, вырабатывает яйцеклетки и женские половые гормоны — эстрогены, прогестерон (гормон желтого тела) и небольшое количество андрогенов — мужских половых гормонов. Половое влечение женщины определяется главным образом андрогенами.

*Маточные (фаллопиевы) трубы* начинаются от матки и соединены с ее полостью. Другой конец труб несколько расширен и находится вблизи яичника. Яйцеклетка поступает в маточную трубу и попадает в полость матки. Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом происходит в трубе, после чего оплодотворенное яйцо движется под влиянием сокращения мышц трубы в полость матки.

*Матка* представляет собой мышечный орган, расположенный в малом тазу и имеющий форму груши. Широкая часть матки (дно) обращена вверх, а узкая нижняя часть матки (шейка матки) — вниз и выступает в просвет влагалища. Различают наружный соединительно-тканный слой — брюшину (периметрий), средний мышечный (миометрий) и внутренний, состоящий из цилиндрического эпителия (эндометрий). Матка имеет полость в виде щели, которая книзу переходит в канал шейки матки. Матка регулируется нервной системой и различными гормонами (в частности, эстрогенами и прогестероном — гормонами яичников и гормоном задней доли гипофиза — питуитрином). Сокращения матки, как полагают, лежат в основе женского оргазма, однако это лишь одно из его внешних проявлений, ведь оргазм возможен и при отсутствии матки, удаленной во время хирургической операции.

В матке происходит имплантация (внедрение) оплодотворенной яйцеклетки в ее стенку. Это орган, играющий главную роль в процессе менструаций.

*Влагалище* представляет собой трубку длиной от 8—9 до 12—14 см, выстланную многослойным эпителием. По данным В. И. Здравомыслова, имеются лишь некоторые

корреляции между длиной влагалища и ростом женщины, а также ее телосложением. Однако наблюдается и несоответствие этих параметров (глубокое влагалище у женщины маленького роста). Влагалище имеет развитый мышечный слой, который, с одной стороны, дает возможность влагалищу растягиваться до 40—50% его длины, с другой стороны, обеспечивает перед концом полового акта образование оргастической манжетки в нижнем отделе влагалища. Мышечный слой способствует наиболее плотному прилеганию стенок влагалища к поверхности полового члена, что увеличивает сладострастные ощущения партнеров.

Изредка встречается недоразвитие или отсутствие влагалища, а также сужение или заращение его после травм, ожогов и других поражений (рубцы влагалища). При отсутствии указанных грубых повреждений С. С. Либих считает возможным не говорить об анатомическом несоответствии половых органов партнеров в силу уже указанной способности влагалища растягиваться или уменьшаться в соответствии с размерами полового члена. Перед половым актом и во время его канал, в котором расположен половой член, увеличивается в длину приблизительно на 1 см за счет набухания и увеличения малых губ.

Высота промежности, а следовательно расположение входа во влагалище ближе к симфизу или к анусу, создает удобства или неудобства для сношения в той или иной позиции. Самым удачным и удобным для любой позиции является расположение интроитуса в центре вульвы. При расположении входа во влагалище ближе к симфизу облегчается сношение vis-à-vis, а расположение ближе к анусу удобнее для сношения сзади и в коленно-локтевом положении.

*Глава 3*

# НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ФИЗИОЛОГИИ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

Половая функция осуществляется в тесной связи со всеми функциями организма и его систем. Так, сердечно-сосудистая система, испытывая большую нагрузку во время подготовительного периода и полового акта, должна адаптироваться к этой нагрузке, перераспределить кровоснабжение различных органов, обеспечить стабильную деятельность нервной системы и т. д. При вегетативно-сосудистой

дистонии, гипотонических состояниях, различных сердечно-сосудистых заболеваниях наблюдаются нарушения регуляции сердечно-сосудистой системы, что затрудняет, а иногда делает невозможной нормальную половую жизнь. В то же время больные, перенесшие инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, пожилые люди с явлениями нерезко выраженного атеросклероза могут жить половой жизнью после проведения необходимого лечения и реабилитационных мероприятий. Более того, половая жизнь, будучи источником положительных эмоций, альтруистического раскрытия личности (рекреационная сторона половой жизни) сама по себе является одним из мощных реабилитационных воздействий. Поэтому восстановление функций всех систем организма, в том числе и сердечно-сосудистой системы, крайне важно.

Половая функция регулируется центральной и вегетативной нервной системой, эндокринно-гуморальными механизмами.

В коре головного мозга, согласно данным А. М. Свядоща и Г. С. Васильченко, регуляция половой функции осуществляется зонами в girus fugiformis и парацентральных дольках. В соответствии с современным подходом к локализации различных функций в головном мозгу мы полагаем целесообразным говорить о системной локализации, состоящей из зон как коры, так и подкорковых образований. В качестве заинтересованных подкорковых образований А. М. Свядощ указывает на диэнцефальную область, гипоталамус и лимбическую систему. Мы хотели бы обратить также внимание на ретикулярную формацию ствола головного мозга, которая обеспечивает активность, энергетический уровень эмоций и влечений и наряду с лимбической системой и гипоталамусом участвует в организации оргазма.

Спинальные половые центры, занимая иерархически подчиненное положение, в то же время обладают некоторой автономностью. В настоящее время теория «истощения» спинальных половых центров в результате «половых излишеств» оставлена как несостоятельная (Г. С. Васильченко). Спинальные половые центры (у женщин они обеспечивают гиперемию половых органов, эрекцию клитора и сокращения влагалища) находятся под влиянием головного мозга и гуморальной регуляции (гормоны).

Для того чтобы понять значение этиологических моментов в развитии патологии сексуальной жизни женщины, многие сексопатологи (З. А. Гуревич и Ф. П. Гроссер,

В. И. Здравомыслов, Л. Я. Якобзон, O. Adler, M. Hirschfeld, R. Neuberg, W. Reich, K. Urhach и др.) предлагают выражать механизм полового акта графически в виде так называемых «кривых оргазма».

Идею графического выражения механизма коитуса необходимо признать удачной. В большинстве схем различаются следующие фазы (стадии) коитуса:

— предварительная психологическая настройка к коитусу. Эмоционально-эрогенная готовность;

— начало коитуса * — фрикционная фаза. Все увеличивающаяся тумесценция половых органов. Нарастание кривой оргазма **;

— кульминационный пункт. Оргазм;

— спад психологического и физиологического возбуждения (детумесценция);

— потребность в покое (сне). Спад кривой ниже нуля.

Потребность в сне резче выражена у мужчин. Недаром говорят про невнимательных мужей: «отвернулся и заснул», в то время как жена, особенно если она не успела получить оргазм, находится в возбужденном состоянии. Иногда у мужчин эта потребность в сне переходит в подавленное состояние, которое Roubaud называл prostration, abattement. У некоторых женщин потребность в сне заменяется эйфорическим состоянием.

На рис. 1 приведена кривая оргазма при нормальной сексуальной потенции партнеров. Как видно из рисунка, при отсутствии какой-либо патологии оргазм женщины слегка отстает от мужского. Женщина в этом случае может получить оргазм вслед за мужем, особенно если пенис после эякуляции еще некоторое время остается во влагалище.

Klumbias G., Kleinsorge H. (1950) провели физиологические исследования влияния различных фаз полового акта (в особенности оргазма) на пульс, артериальное давление, ударный объем сердца, дыхание. Все реакции у мужчин были выражены резче, чем у женщин, но и быстрее возвращались к норме.

Так, у мужчин частота пульса быстро нарастала и к моменту оргазма доходила в среднем до 142 ударов в минуту, но уже через 4 минуты после эякуляции пульс возвращался к норме. У женщины пульс учащался в среднем

---

* Некоторые авторы выделяют введение полового члена (интроекция) в качестве отдельной стадии.

** Иногда выделяется стадия, предшествующая оргазму.

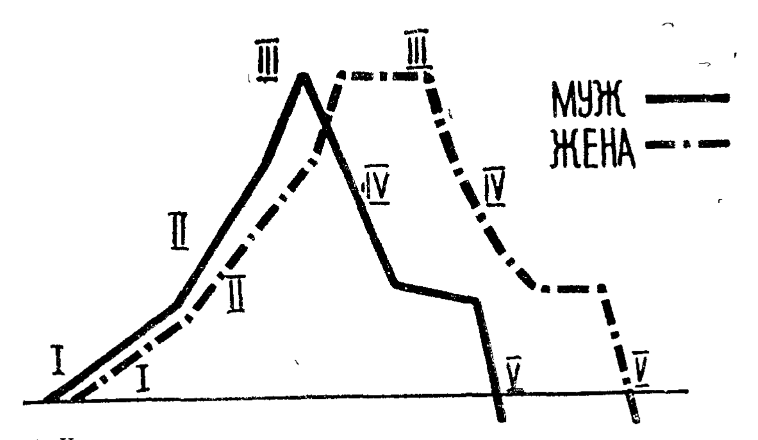



Рис. 1. Кривая оргазма нормального полового акта.

Оргазм у жены слегка запаздывает, длится заметно дольше, кривая спадания более пологая.

до 103 ударов в минуту и после полового акта постепенно падал до 85 (при средней исходной частоте 78).

Артериальное давление поднималось у мужчин до 250/120 мм рт. ст. (при исходном 120/80), а у женщин — до 160/105 мм рт. ст. (при исходном 110/80). Ударный объем сердца у мужчин достигал 170%, у женщин — 190% от нормы.

В 1956 году Г. С. Васильченко предложил свою структуру кривой копулятивного цикла, состоящую из шести стадий: нейрогуморальной, психической, эрекционной, копулятивной, или фрикционной, эякуляторной и рефрактерной стадии (абсолютная половая невозбудимость, переходящая через некоторое время в относительную половую невозбудимость). Схема выгодно отличается от общепринятых тем, что автор в объяснении к ней указывает, какие анатомо-физиологические отделы центральной нервной системы по мере продвижения кривой постепенно вовлекаются в процесс.

W. Masters and V. Johnson (1966) на большом статистическом материале подробно осветили динамику физиологических процессов у мужчины и женщины во время полового акта. Тщательно анализируя как местные реакции половой системы мужчины и женщины, так и реакции всего организма, авторы дают функциональное обоснование каждой реакции.

Кривая полового акта, предложенная W. Masters and

V. Johnson, проста: фаза возбуждения, фаза плато, фаза оргазма и фаза разрешения. По данным W. Masters and V. Johnson, дыхание в фазе плато может доходить до 40 в 1 минуту. Пульсовая кривая быстро доходит до 100, а по мере приближения оргазма может подняться до 170—180 ударов в минуту и более. Артериальное давление заметно повышается пропорционально половому возбуждению. Систолическое давление может увеличиваться на 60—70 мм рт. ст., поднимаясь значительно выше 200 мм рт. ст., а диастолическое — на 20—50 мм рт. ст.

Хотя авторы считают, что подъем артериального давления не зависит от способа стимуляции, мы считаем это верным до известной степени. По нашему мнению, при некоторых формах стимуляции (мастурбация, половой акт с искусственным половым членом или искусственным влагалищем) повышение артериального давления никогда не достигает такой силы, как при некоторых ситуациях естественного полового акта.

Среди общих (экстрагенитальных) сексуальных реакций женщины W. Masters and V. Johnson описали феномен sex flush (сексуальное покраснение). Покраснение может начаться уже во время фазы возбуждения, усиливаясь в фазе плато, достигая максимума к моменту оргазма. Резкое покраснение начинается обычно с эпигастрия, быстро переходит на грудь и в некоторых случаях может захватить все тело. После оргазма феномен быстро ликвидируется в обратном порядке.

Представляют интерес экспериментальные физиологические исследования по изучению кровообращения в половых органах перед началом и во время полового акта. Различают полное и относительное кровенаполнение полового члена (erectio absoluta и erectio relativa). Мы считаем, что измерять величину пениса необходимо в состоянии абсолютной эрекции, так как эта величина стабильна, а все остальное время кровенаполнение пениса находится в зависимости от многих психических, соматических, температурных и прочих факторов.

K. Freund (1965) при помощи особого пенисного плетизмографа доказал, что объем пениса крайне лабилен. Так, демонстрируя диапозитивы обнаженных мужчины, женщины или ребенка, он выявлял гетеро- или гомосексуальную направленность обследуемого. Да и сама процедура измерений пениса, особенно открытие головки, немедленно увеличивает его объем.

*Глава 4*

# ФОРМЫ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ. РАЗВИТИЕ БРАКА

Относительно первоначальных форм брака высказываются различные гипотезы. Большинство советских ученых считают, что в эпоху «первобытного человеческого стада» господствовали отношения, при которых каждая женщина данного стада могла вступать в половые отношения со всеми мужчинами, а каждый мужчина — со всеми женщинами. С возникновением родового строя появляется экзогамия (теперь под экзогамией понимают запрещение браков между близкими родственниками, инцест) и групповой брак, при котором все мужчины одной группы имели право на половые отношения со всеми женщинами другой группы. Групповой брак сохранился еще у некоторых племен Центральной Австралии, у папуасов и некоторых других народов.

По мере социального расслоения общества появляется новая форма брака — полигамия, когда одно лицо имеет брачные отношения с несколькими или со многими лицами противоположного пола. Полигамия существует в двух формах — полиандрия и полигиния.

Полиандрия была распространена в ряде племен Африки во время матриархата, когда женщина, обычно руководительница рода, могла иметь нескольких мужей одновременно, используя их для полевых работ.

С развитием скотоводства возникла частная собственность, сначала на стада, а с появлением сельскохозяйственных орудий — на запасы зерна. После смерти хозяина частной собственности возникала необходимость передать ее по наследству непосредственным наследникам, тогда как женщина при матриархате не знала, от кого из своих многочисленных мужей она имела детей, что и явилось одной из предпосылок для смены матриархата патриархатом.

Полигамия — одна из форм многоженства, когда муж имеет несколько или даже множество жен, — является наиболее частой формой брака в странах Востока, исповедующих ислам.

Число жен зависело от имущественного и социального положения мужчины. Зажиточный мусульманин мог иметь до четырех жен. Султаны, высокопоставленные и очень бо-

гатые лица имели свои гаремы с многочисленными женами и наложницами. В константинопольском гареме султана женщины в зависимости от социального положения делились на пять категорий: жены султана; женщины, прислуживающие султану при трапезе; служанки султана и его детей; служанки, которые имели надежду подняться рангом выше; простые невольницы, рабыни.

Среди состоятельных классов Китая было распространено многоженство наподобие мусульманских гаремов. Так, начиная с периода чжоу, китайскому императору по традиции полагалось иметь 121 жену и наложницу: 1 императрица (хоу), 3 дамы-фаворитки (фужень), 9 жен второго ранга (бин); 27 жен третьего ранга (шифу), 81 наложница (юйцзи). Нечетные числа и числа кратные трем (3, 9, 27, 81) считались счастливыми и символизировали мужскую потенцию. В свою очередь, наложницы делились на следующие ранги: императорская драгоценная наложница, драгоценная наложница, наложница, конкубина, драгоценный человек (В. Н. Семенов).

По Лицзи, древнекитайскому учению, наставляющему мужчин по вопросам брака и половой гигиены, отказ жене или наложнице в близости считался тяжким проступком до 70 лет (по другим источникам — до 60 лет). Император удостаивал близостью своих жен, не достигших пятидесяти лет, каждые пять дней. За интимной жизнью правителя наблюдали специальные дворцовые прислужники (нюйши) (А. Я. Сыркин, П. И. Соколова, 1972).

Болезненная страсть к брачному союзу со многими женщинами носит название гамомания. И. Блох сообщает, что на Западе существовали специальные тайные клубы, где собирались мужчины и женщины для группового коитуса на глазах у всех.

На Западе многоженство официально запрещено, но практически плюрализм существует в форме тетрогамии и тригамии (триолизма). Тетрогамия — брак четырех человек. Две супружеские пары вступают в интимные отношения, поочередно меняясь партнерами. Чаще это две пары не связанных браком развращенных молодых людей, одновременно предающихся «любви».

Тригамия (триолизм) — это «любовь» втроем (ménage à trois) — женщина имеет двух мужей или мужчина имеет одновременно двух жен. Примером последней может служить зоророат-брак — обычай, по которому мужчина вступает в брак одновременно или последовательно с несколь-

кими родными или двоюродными сестрами. Обычно вдовец вторично женится на младшей сестре умершей жены (Индия, Пакистан), но иногда берет ее в жены и при жизни супруги. Библейский пример — Иаков был женат на Лие и ее младшей сестре Рахиль.

На Западе тригамия носит название бигамии и официально запрещена, но практически встречается часто — это почти официальный постоянный «друг» жены или «подруга» мужа.

В Италии в XVI—XVII веках существовала традиция, согласно которой замужняя женщина должна была показываться в обществе только в сопровождении постоянного спутника — чичисбея. Чичисбей повсюду сопровождал ее и, конечно, вступал в интимную связь.

Среди наших пациенток были женщины, имевшие помимо мужа постоянных многолетних «друзей дома». В то же время не исключены были и кратковременные случайные связи. Приведем одно из наших наблюдений.

А. Р., 25 лет, красивая, обладающая довольно страстным темпераментом женщина, вышла замуж за сорокапятилетнего инженера, проживающего вместе со своим младшим братом студентом-спортсменом в двухкомнатной квартире. После свадьбы выяснилось, что муж — импотент с выраженным преждевременным семяизвержением. А. Р. после каждого коитуса оставалась в резком возбуждении, неудовлетворенной. Вскоре начались постоянные упреки со стороны супруги и ссоры, но разводу мешали сильная любовь и привязанность мужа к своей молодой жене и материальные соображения с ее стороны.

Наконец, «выход» был найден — вначале А. Р. после неудачного коитуса уходила к брату мужа на диван, а впоследствии они стали спать втроем на двухспальной кровати. Коитус обычно начинал старший брат, но после быстрой эякуляции сразу же выдыхался, его сменял младший, обладающий значительной потенцией. Он доводил А. Р. в присутствии мужа до бурного оргазма. Этот дружеский «союз» продолжался много лет.

Часто наши пациентки мирились с наличием у мужей любовниц. Иногда это бывал своеобразный зорорат. Муж помимо жены был связан с ее младшей сестрой, живущей с ними в одной квартире. В некоторых случаях женщины сами потакали или даже организовывали связи, находя в этом двоякую выгоду: с одной стороны, муж привязывался к дому и деньги, которые он тратил бы на содержание женщины на стороне, оставались дома, с другой стороны, исключалась возможность заболевания венерическими болезнями.

Экзогамия — запрещение браков между близкими родственниками и возможность широкого выбора супруга сре-

ди различных социальных групп — сейчас (за рядом исключений) является мировой традицией. Экзогамия способствует оздоровлению потомства и предохраняет от передачи наследственных болезней.

Эндогамия является полной противоположностью экзогамии. Здесь браки заключались исключительно внутри определенного рода, племени, касты, фамилии. Классический пример эндогамии — египетские фараоны, которые брали в жены чаще всего своих сестер (инцест). Делалось это для сохранения влияния и власти в своей семье, что резко усиливало вырождение потомства. Строжайшая семейная эндогамия существует в Саудовской Аравии.

Инцест (кровосмешение) очень распространен у многих народностей Азии, Африки и Австралии. На Яве считают, что инцест мать — сын приносит богатство, а ряд племен австралийских аборигенов считает, что инцест придает мужество воинам.

Инцест как перверсия широко применялся римскими императорами. Например, Агриппина младшая, последняя жена императора Клавдия, жила со своим братом Калигулой, а затем со своим сыном Нероном.

**Общие данные о браке.** Основной показатель продолжительности детородного периода женщин — период от прихода первых менструаций до климакса. Чем раньше начинает менструировать женщина, тем больше в организме эстрогенов, тем позже наступает климакс, тем продолжительнее детородный период (табл. 1).

*Таблица 1*

**Длительность детородного периода** *

| Возраст начала менструаций | Число женщин | Возраст наступления климакса | Длительность детородного периода |
|---|---|---|---|
| до 12 лет | 6 | 50,9 | 39,9 |
| в 12 лет | 13 | 48,0 | 36,0 |
| в 13—14 лет | 52 | 47,7 | 34,2 |
| в 15 лет и позже | 29 | 47,6 | 31,7 |

Если еще не так давно климакс наступал около 44 лет, то с акселерацией женщин он наступает несколько позже.

* Женщины, перенесшие операции, страдавшие эндокринными и гинекологическими заболеваниями, в таблицу не включены.

Американские ученые В. Ф. Калвертон и В. В. Линдсей в развитии девушки различают три часто не совпадающих различных возраста — хронологический, период развития интеллекта и половой зрелости. С наступлением климакса либидо (страстное половое влечение) начинает резко падать и с установлением менопаузы обычно прекращается.

Г. С. Васильченко наиболее действенным мероприятием для поддержания либидо в пожилом возрасте считает регулярность половых сношений без эксцессов и подавления сексуальных возможностей. Однако иногда либидо имеет место и после наступления менопаузы. Если оно выражено нерезко и адекватно возрасту, эти случаи могут рассматриваться как норма. Нередки случаи, которые нужно все же отнести к патологическим, когда с наступлением климакса либидо, наоборот, резко повышается, переходя иногда в нимфоманию. Женщины, потеряв свою привлекательность, уже не могут рассчитывать на желаемую ими интенсивность половой жизни и переживают это как трагедию.

Идеальным считается брак, когда муж старше своей жены на 3—7, максимум 10 лет. Большая разница в возрасте часто ведет к сексуальной дисгармонии. В начале брака, когда жена еще не разбужена в сексуальном отношении, она часто тяготится половой активностью и изобретательностью мужа, иногда переходящей за границы диапазона приемлемости (Н. В. Иванов), а в годы сексуального расцвета ее раздражает и оскорбляет переход мужа на упрощенно-стандартный тип сексуального поведения.

Конечно, бывают случаи, когда и при разнице в 30—40 лет при чутком и внимательном отношении пожилого мужа к молодой жене супруги долгие годы живут счастливо.

В некоторых случаях разница в возрасте мужа и жены бывает очень велика. Так, почетный президент МОК Эвери Брендедж в 86 лет женился на своей тридцатилетней секретарше. В данном случае разница в возрасте была 56 лет. Доктор П. Дофурнель, автор книги «Разоблаченная природа», в возрасте 102 лет женился на двадцатишестилетней девушке и имел от нее детей. Здесь возрастная разница составляет уже 76 лет. О рекордной разнице возраста мужа и жены в 110 лет сообщил С. Никонов в газете «Известия» от 24 июня 1971 года. Алжирцу Бакш Али Сабзи, когда родился его младший сын, было 140 лет, а его последней жене — 30 лет (разница в возрасте 110 лет). Старшему сыну было 87 лет.

Встречаются женщины, которые с девичества были равнодушны к своим сверстникам. Им всегда нравились мужчины значительно старше *.

Приведем одно из наших наблюдений.

Пациентка Т. *начала менструировать* с 14 *лет*. С *резкими болями* «скорой помощью» была доставлена в хирургическую клинику, где был поставлен диагноз «острый аппендицит». На операции диагноз не подтвердился. С приходом менструаций появилось значительное либидо, причем часто влюблялась в мужчин значительно старше себя, к молодым людям совершенно равнодушна. В 19 лет вышла замуж за человека, более чем на 25 лет старше. Через два года, продолжая любить мужа, завела «друга» на 42 года старше себя, с которым была «суперпотентна». Сейчас имеет двух детей, счастлива.

Иногда подобные случаи сексопатологи относят к перверсиям — геронтофилии. Однако перверсией следует считать только такие случаи извращения полового чувства, которые полностью исключают нормальную его направленность и имеют эндогенную природу. Некоторые отклонения, обусловленные воспитанием, влиянием среды, психологическими причинами, к геронтофилии не имеют отношения.

Конечно, в подобных браках и связях половое влечение не всегда играет ведущую роль. В некоторых случаях имеет значение материальное или служебное положение мужа, чаще же — преклонение перед такими качествами мужа, как ум, мужество, смелость, талантливость.

Студентка И. Ж., 21 год, при сроке беременности 7 недель обратилась к нам по поводу неукротимой рвоты, которая была прекращена внушением. И. Ж. горячо любила своего сорокадевятилетнего мужа. *Разница в возрасте 28 лет. Материальная сторона не играла никакой* роли. Ее муж был талантливый писатель, он и она очень любили друг друга и жили счастливо.

Браки, когда жена значительно старше мужа, считаются заранее обреченными на неудачу. Первое время более опытная в сексуальном отношении жена вводит молодого мужа в супружескую жизнь и руководит ею, но потом возникает дисгармония — муж еще сексуально активен, а жена, переживающая климактерический возраст, уже не может вызывать сексуальных переживаний и эстетических побуждений, нужных мужу. Конечно, встречаются исключения. В 1922 году В. И. Здравомыслов наблюдал брак двадцатитрехлетнего врача и тридцатисемилетней учительницы (разница 14 лет). Муж уже имел добрачные половые отношения, а жена к моменту свадьбы была девственницей,

---

* «Женщины-дочери», по рабочей классификации С. С. Либиха.

так как воспитывалась в строгой патриархальной семье. Она хорошо сохранилась и не выглядела старше своего мужа. Родные и близкие отговаривали их от брака, пророча неудачу, но взаимная любовь была велика, и брак состоялся. К 1980 году прошло с тех пор 58 лет, а супруги до сих пор живут счастливо, не чувствуя разницы лет. Жена по-прежнему выглядит значительно моложе своих лет и только после 80 лет ушла на пенсию.

Описан также случай счастливого брака, в котором жена была старше мужа на 22 года (Н. В. Иванов).

P. Mantegazza считает, что женщина, родившаяся красивой, имеет право на 30 лет красоты (от 14 до 45 лет), на 10 лет приятности (45—55 лет), а далее она возбуждает только сожаление. Обычно женщины в менопаузе теряют свою женственность и сексуальную привлекательность, но бывают счастливые исключения, когда женщина до глубокой старости сохраняет свою молодость.

Молодость женщины в пожилом возрасте обусловлена продолжающейся нормальной функцией яичников. У некоторых женщин яичники могут функционировать и обеспечивать наличие менструаций до глубокой старости.

С. С. Жихарев указывает на то, что в архиве парижской Академии наук хранится история болезни больной 106 лет, которая продолжала менструировать. Meissner наблюдал женщину, менструировавшую нормально с 20 до 60 лет. В течение 10 лет у нее наступила первая менопауза, а с 70 до 98 лет — нормальные месячные. С 98 до 104 лет у нее была вторая менопауза, а в 104 года вновь начались менструации. К сожалению, больной не было произведено гормонального обследования.

Продолжительность брака влияет на интенсивность половой жизни. Во время «медового месяца» молодожены в большинстве случаев явно злоупотребляют половыми сношениями. С течением времени острота чувства и его новизна притупляются, интенсивность сношений падает.

2000 лет тому назад Овидий Назон писал: «Может быть, потому и не любят мужья своих жен, что они могут их видеть, когда им вздумается». Спустя 18 столетий Оноре Бальзак в своем «Супружеском катехизисе» поучал: «В супружестве необходимо вести непрестанную борьбу со всепожирающим чудовищем, которое именуется привычкой». У одного из крупнейших сексологов Van de Velde мы читаем: «Величайшая опасность для брака — скука и вызы-

вающееся ею отчуждение, от которых женщина, видящая в браке весь смысл своей жизни, страдает значительно больше мужчин, главный интерес которых заключается в работе, профессии».

Постепенное развитие торможения «полового рефлекса» у мужчин по отношению к своим женам В. М. Бехтерев объясняет тем, что «частое повторение сочетательного рефлекса уже само по себе приводит к его торможению, тогда как при общении с другими женщинами сочетательный рефлекс может проявляться вполне нормальным образом».

Рекордную продолжительность супружеской жизни — 147 лет — приводит английский геронтолог Джустин Гласс. Муж умер в возрасте 173 лет, а жена на 184-м году. По утверждению Д. Гласса, в возрасте 150 лет эти люди выглядели прекрасно.

*Глава 5*

# СЕМЬЯ И ПРОБЛЕМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Современная семья претерпела весьма значительные изменения по сравнению с семьей XIX — начала XX веков: резко изменились функции каждого члена семьи, или, как говорят социологи, система их ролей. Современные отец, мать и другие члены семьи весьма отличаются по своим задачам, стоящим перед ними, способам их осуществления, своему поведению, а также взаимоотношениям друг с другом.

В настоящее время в связи с вовлечением женщин во внесемейную деятельность как производственного, так и общественного характера, с уравнением поступления в семью материальных доходов через мужа и жену, с равной обеспеченностью их информацией и т. д. роли мужа и жены существенно изменились. Характерным примером является проблема семейного уюта. Многие обследованные нами мужчины и женщины в ответах на вопрос анкеты, как они понимают уют, написали, что уют — это соответствующая меблировка комнаты. Почти никто не подчеркнул психологическую сторону уюта. В конструировании этого сложного психического состояния, как известно, ведущую роль играет женщина в силу своих эмоциональных особенностей.

Естественно, что отсутствие этих черт или их искажение приводит к невозможности создания семейного уюта как одной из форм эмоционально-психологического климата семьи. Многие женщины допускают ошибку, смешивая понятие равноправия женщины с понятием отказа от исторически сложившихся психологических особенностей женщины. В результате в таких неблагополучных семьях затрудняется воспитание детей в силу невозможности формирования у них правильных мужских и женских ориентаций. Однако и социальные факторы играют большую роль. Почти не используется механизм ожидания приятного, механизм ожидания удовольствия. Удовольствие попадает на неподготовленную почву. Доступность многих видов удовольствия снимает механизм борьбы за него, механизм достижения его и тем самым обесценивает само удовольствие. Во многих молодых семьях считается, например, необходимой одномоментная покупка красивой стандартной мебели. Возможность покупки сразу большого количества вещей одного стиля притупляет способность сочетать разные вещи, и в конечном счете люди теряют возможность развивать у себя и вкус, и стиль.

Перечисленные изменения социально-психологического облика семьи касаются и многих особенностей современной сексуальной жизни мужа и жены. При знакомстве с супружескими парами чаще всего бросается в глаза их неопытность в половой жизни, особенно в подготовительном периоде к половому акту. Половая жизнь рассматривается некоторыми супругами односторонне или только как прокреационная деятельность, ведущая к физическому наслаждению и духовному обогащению личности. Между тем Г. С. Васильченко справедливо подчеркивает единство общих сторон половой жизни, их взаимную обусловленность. Само понятие любви включает в себя духовный, личностный и физиологический компоненты.

Мы думаем, что главное значение имеет осознаваемая система ценностей, в частности половая характеристика человека, которая создается в данной социальной группе, в среде, окружающей мужчину и женщину. Идеалы и эталоны мужской и женской красоты менялись с веками, будучи связаны сложными и опосредованными, но несомненно существующими связями с особенностями экономики, быта, уклада жизни, традициями данного времени.

Для практических целей психопрофилактики и психотерапии сексуальных дисгармоний мы (С. С. Либих) предло-

жили следующую рабочую классификацию психологических типов сексуальных партнеров.

*«Мужчина-отец»*. Пожилой человек, психологически имеющий потребность в том, чтобы женщина преклонялась перед ним, была бы значительно моложе, слабее физически, неопытна. Его половое влечение может быть невысоким (или сниженным), но искусство ухаживания за женщиной позволяет ему очаровывать некоторых женщин, а при сексуальном общении — удовлетворять их за счет хорошей подготовки, использования разнообразных и точно выбранных ласк, несмотря на небольшую потенцию.

*«Мужчина-мужчина»*. Здесь можно выделить два типа: а) активный (агрессивный) тип и б) пассивный (нуждающийся в агрессивности женщины).

а) Молодой мужчина или мужчина среднего возраста с хорошим физическим развитием, напористый, несколько грубоватый, мало дифференцирующий ласки, но проводящий их интенсивно. В половом акте — сторонник длительного периода фрикций, склонен иногда к причинению женщине боли и морального страдания.

б) Молодой или среднего возраста мужчина, «боготворящий женщину», считающий себя недостойным ее, виноватым, жаждет от нее наказания и даже презрения. Предпочитает женщин с агрессивными тенденциями в сексуальной жизни.

*«Мужчина-сын»*. Всегда молод, инфантилен, физически слаб, часто неудачник, не боится рассказывать женщине об этом, хочет, чтобы она его «пожалела». В ласках несколько жеманен, капризен, пассивен, ожидает от женщины опеки, активности в половой жизни.

*«Женщина-мать»*. Чаще среднего возраста (в более молодом возрасте обладает недифференцированной сексуальностью), но может быть и молодой. В системе ласк преобладает мотив «спасти», «поддержать», «воспитать». Иногда идет на сближение с алкоголиками, психопатами, хроническими неудачниками с целью «спасти» их, «сделать человеком». Отсутствие красоты, физическая слабость, непрактичность, неудачливость, болезненность мужчины не только не отталкивают их, но напротив, могут быть факторами привлекающими, возбуждающими.

*«Женщина-женщина»*: а) пассивный (женственный, «страдающий») тип, б) активный (агрессивный, «женщина-повелитель»).

а) Чаще моложе мужчины, склонна к покорности, са-

мопожертвованию, мягка, уступчива, в половой жизни принимает рисунок поведения и тактику мужчины, но реагирует отрицательно на его пассивность, слабость и неудачи. В ее идеал мужчины входят физическая сила, несколько стандартная, но красивая внешность. В прежние времена любила выходить замуж «увозом».

б) Стремится к активному выбору партнера, доминированию над ним. Любовь выражает иронией, критикой, высмеиванием. В ласках активна; подчеркивая неумение мужчины, может ругать и ласкать одновременно, а также причинять ему боль.

*«Женщина-дочь».* Обычно значительно моложе мужчины, отмечает, что с юности нравились те из них, которые «значительно старше». Со сверстниками было скучно. Имеет бóльшую потребность в сексуальной «прелюдии», чем в интенсивности самого полового акта. Даже физические признаки старости, например морщины, нравятся такой женщине.

Сопоставляя социально-психологические характеристики указанных типов мужчин и женщин, можно видеть, что, например, мужчина-сын и женщина-мать представляют собой психологическую и сексуальную гармонию. То же самое можно сказать о мужчине-мужчине и женщине-женщине. В то же время соотношения мужчина-отец и женщина-мать, мужчина-сын и женщина-женщина указывают на определенную дисгармонию в сексуальных потребностях и ожиданиях (экспектациях).

Таким образом, все этапы и варианты так называемой «сексуальной техники» должны рассматриваться не только с точки зрения механического воздействия определенных раздражителей, но и с точки зрения их психологического содержания, соответствии или несоответствия личностным потребностям, ценностям, взглядам и позициям человека.

## *Глава 6*
## ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

Интенсивность половой жизни — важный, но не основной ее показатель, лишь косвенно характеризующий так называемую нормальную половую жизнь.

Понятие нормы в сексологии — один из недостаточно разработанных вопросов. Длительное время эту норму отождествляли с конкретными цифровыми данными о чис-

ле половых актов в определенный отрезок времени и продолжительности полового акта, что приводило к различным ошибкам и вызывало многочисленные ятрогении.

Определенным шагом вперед в этом отношении была формула «сексуальной потентности» женщины, предложенная В. И. Здравомысловым. «Х» в знаменателе указывает на количественную интенсивность половой жизни (общее число половых актов в месяц), а «У» в числителе — на число половых актов, завершенных оргазмом. Таким образом, в этой формуле было обращено внимание уже на качественную сторону дела.

Возможны различные варианты.

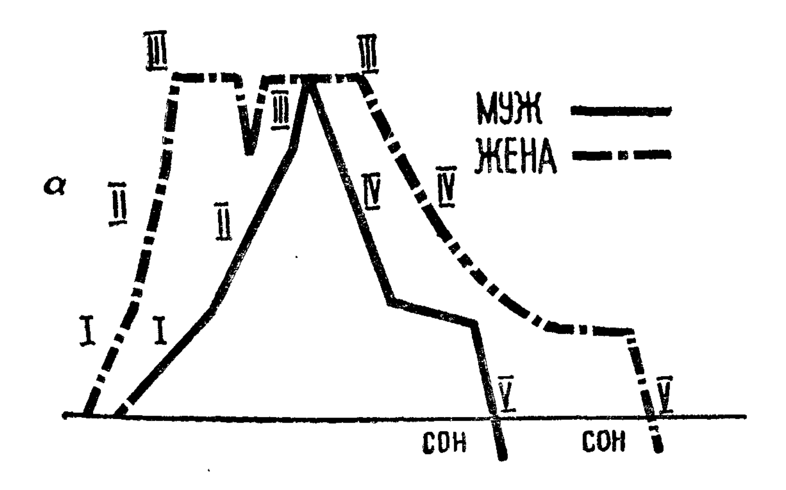
а) $У=0$. В данном случае при частоте половой жизни, например, 10 раз в месяц женщина страдает полной половой холодностью;

б) $У>0$, но $У<Х$. Наиболее часто встречающийся вариант (частичная фригидность), имеющий очень большой диапазон, от почти полной половой холодности (например, $1—^2/_{25}=4—8\%$) до почти полной половой потентности ($^8/_{10}=80\%$);

в) $У=Х$. Самый лучший вариант — женщина получает оргазм при каждом половом акте (например, $^8/_8=100\%$);

г) $У>Х$. Женщина при некоторых половых сношениях может получить 2 или даже несколько (до 10 и более) оргазмов (мультиоргастичность). Таких женщин В. И. Здравомыслов (1932) назвал «суперпотентными». Эти женщины почти никогда не обращаются за помощью к врачу, так как считают мультиоргастичность своим «достоинством», проявлением своего «темперамента». Иногда в семейную консультацию обращаются мужья этих женщин, стремясь выяснить, не является ли оргастическая серия у их жен проявлением «болезни» или «распущенности».

**«Нормы» интенсивности половой жизни.** С древних времен и по настоящее время предпринимались многочисленные попытки выработать какие-то средние нормы интенсивности половой жизни. Так, Зороастр (Персия) предписывал иметь коитус 1 раз в 9 дней. Соломон и Магомет для замужних женщин установили в свое время норму 3—4 коитуса в месяц, если у них нет особенных причин временно воздерживаться от половой жизни. Наиболее подробно эти нормы в зависимости от профессии указаны в Талмуде. Согласно этой священной книге, молодым людям без определенных занятий разрешалось жить половой жизнью ежедневно, ремесленникам и рабочим — 2 раза в неделю,



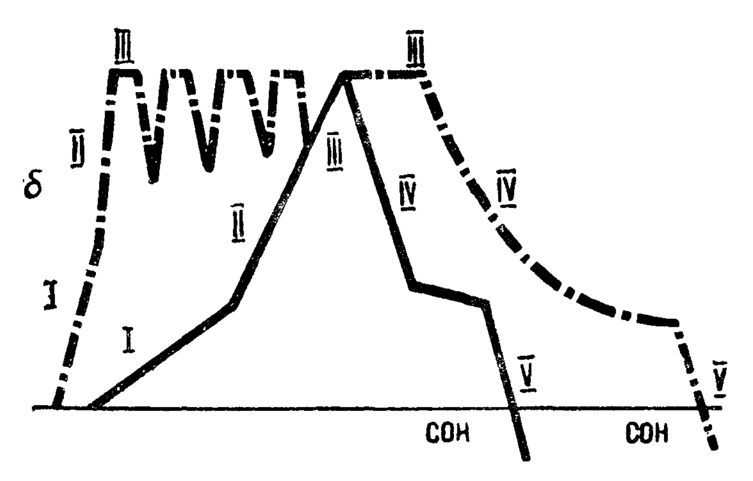




Рис. 2. Кривая оргазма при оргастической серии у суперпотентной (мультиоргастичной) женщины:

*а* — жена получает два оргазма за один коитус; *б* — жена получает многократный оргазм за один коитус.

ученым — 1 раз в неделю, проводникам караванов — 1 раз в месяц, *морякам — 2 раза в год. Средняя норма по Моисею* (Библия) — 10 коитусов в месяц. Почти те же нормы мы встречаем и в лютеранской религии. Мартин Лютер считал нормой 2 коитуса в неделю.

Сами по себе слова «редко» и «часто» являются относительными и зависят от их интерпретации каждой больной. Так, на один и тот же вопрос: «Как часто Вы имеете половые сношения?» — от одной пациентки можно услышать: «Очень часто! Почти каждую декаду», а от другой: «Не часто. Бывают дни, когда не более одного раза». Как видно, интенсивность половой жизни и отношение женщины к ней может индивидуально колебаться в широких пределах.

Так, в книге «Психотерапия» D. Müller-Hegemann говорится, что, по Schulz-Hencke, способность к оргазму у мужчин колеблется от 1 коитуса в месяц до 3 раз в сутки, а у женщин — от 1 коитуса в 2—3 месяца до 1 раза за ночь. Данные D. Müller-Hegemann, бесспорно, значительно уменьшены. Как у мужчин, так и у женщин в некоторых случаях эта способность бывает значительно выше. Так, Г. С. Васильченко указывает, что максимальное число оргазмов у мужчин было 6,8±0,52 в день.

Приведем максимальные мужские эксцессы, описанные в научной и художественной литературе.

В монографии В. К. Андреева упоминается один мавританский вельможа, который имел обыкновение в течение трех суток иметь половые сношения с 40 женами своего гарема.

Юлий Цезарь обладал чрезвычайно сильной половой возбудимостью. Он жил параллельно со множеством женщин. Его любовницами были многие жены римских сенаторов, царицы (египетская царица Клеопатра и мавританская Евноя). От Клеопатры он имел сына, а его многолетняя любовница Сервилия, мать Брута, свела Цезаря и со своей дочерью Юлией Третьей. Народный трибун Гельвий Цинна даже написал и подготовил законопроект, дозволяющий Цезарю беспрепятственно иметь сношения со всеми женщинами Рима, якобы для увеличения числа отпрысков великого Цезаря. Противники Цезаря приписывали ему помимо такого гетеросексуального промискуитета широкое использование пассивной педерастии. Так, вошло в историю выражение римского сенатора Куриона Старшего, ко-

торый в своих речах говорил, что Юлий Цезарь «Omnium virorum mulierum est et omnium mulierum vir» * (Транквилл Гай Светоний. Жизнь двенадцати цезарей. М.: Наука, 1964. С. 50—52).

Курфюрст саксонский и король польский Август II был мужем 700 жен и отцом 354 детей. Август II получил прозвище Сильный, так как он шутя ломал подковы, расплющивал в руках кубки и тарелки, свертывал пальцами, словно бумагу, крепкие прусские талеры. По его словам, за ночь он посещал до пяти любовниц.

В греческой мифологии известен тринадцатый подвиг Геракла, который по приказу Микенского царя Еврасфея за одну ночь оплодотворил 40 девственниц. По другим источникам, этот свой подвиг Геракл совершил, когда ему не было еще 20 лет, по просьбе царя Теспия, которого он пленил своей лучезарной чистотой и умом. Теспий буквально умолял Геракла дать наследников его 50 дочерям. Геракл согласился, и через 9 месяцев царевны родили 51 младенца (одна родила близнецов). Правда, венгерский историк Лайош Мештерхази сомневался в том, что все это произошло в одну ночь, объясняя эту подробность «культом Геракла».

Г. С. Васильченко наблюдал одного сорокадвухлетнего скульптора, который на протяжении многих лет должен был иметь не менее 6—7 эякуляций в сутки. Без этого он не мог творчески трудиться. Г. С. Васильченко приводит цитату из «Отчета Кинзи», в котором говорится, что один юрист в течение 30 лет имел в среднем более 30 эякуляций в неделю.

В нашей практике неоднократно встречались женщины, имевшие до 8—10 половых сношений в сутки, 80—100 коитусов в месяц.

Havelock Ellis сообщает об одной деревенской девушке, которая имела coitus подряд с 25 парнями и мальчиками без всякого вреда для своей психики. Конечно, максимальные половые эксцессы падают на долю профессиональных проституток. Так, Lawson пишет об одной женщине с Маркизовых островов, которая за одну ночь обслужила 103 мужчин.

Необходимо отметить, что некоторые женщины, получив один оргазм, могут сразу же начать получать второй, а потом третий и т. д. Среди наших пациенток были женщины,

* «Всем мужам был женою и всем женам — мужем».

имевшие возможность получения до 10 и более оргазмов за один половой акт (оргастическая серия или мультиоргастичность, суперпотентность).

Приведем ряд эксквизитных примеров.

Блондинка 20 лет, оволосение по женскому типу, телосложение пикническое, онанизм отрицает, менструирует с 13 лет, каждые 30 дней, по 1 дню. Вышла замуж 18 лет (муж инженер, 24 года). Оргазм бурный с первого же коитуса. Живут в отдельной квартире. Коитус до 7 раз в сутки, оргазм до 2 раз за коитус и до 7 раз в сутки. В менструальные дни интенсивность половой жизни такая же (по желанию жены). Побочных связей не имела. Эксцессы у обоих супругов обоюдные.

А. Т., 26 лет, портниха, шатенка, оволосение по женскому типу, менструирует с 18 лет, онанизм отрицает, замуж вышла в 24 года за мужчину старше себя на два года. Оргазм стала получать сразу, мультиоргастична. Оргазм до 5 раз за сношение, до 7 раз в сутки. Сношение 2 раза в сутки. От беременности не предохраняется. За 2 года 3 аборта, последний 4 месяца тому назад. Сейчас подозрение на новую беременность. Побочных связей нет.

Жена медстатистика, 29 лет, блондинка, оволосение по женскому типу. Менструирует с 14 лет, через 23—24 дня по 4 дня. Онанизм отрицает. Вышла замуж в 17 лет. Первые полтора года — ретардационная фригидность, несмотря на очень интенсивную половую жизнь. В 18,5 года, после родов, стала испытывать оргазм и сразу же перешла к крайне интенсивной половой жизни: до 4 сношений ежедневно, оргазм до 4 раз за сношение, до 8 раз в сутки. В менструальные дни по обоюдному согласию супругов интенсивность половой жизни не снижается.

Л. Я. Якобзон и И. М. Порудоминский считали нормой 1 коитус каждые 3—4 дня, Н. В. Иванов «относительной медицинской нормой» для людей 34—35 лет — 2—3 коитуса в неделю, а С. А. Селицкий те же 2—3 коитуса в неделю считает «максимальной нормой».

Значительно более жесткие нормы предлагал V. Hammond (1889). Ежедневный коитус он считал эксцессом даже для самых сильных и здоровых мужчин. По его мнению, коитус 2 раза в неделю также будет эксцессом и у большинства людей поведет к преждевременной потере половой способности. Очевидно, такое нереалистическое мнение Hammond можно рассматривать как выражение морали викторианства, господствовавшей в то время в Англии. По мнению Hammond, мужчина должен начинать половую жизнь не ранее 21 года. Для возраста 21—25 лет он устанавливает норму — 1 коитус в 10—12 дней, а для 25—40 лет — 1 раз в неделю. D. Müller-Hegemann приводит очень интересные данные Davis, проведшего анкету среди 1000 женщин с высшим образованием: 2% анкетированных женщин имели 1—2 коитуса за ночь, 1 раз за ночь — 8%,

2 коитуса в неделю — 33%, 1 коитус в неделю — 45% и 1 коитус в месяц — 12%.

В настоящее время Г. С. Васильченко справедливо указывает на то, что значительный диапазон интенсивности половой жизни является нормой, потому что сама интенсивность зависит от очень многих причин биологического, психологического и социального характера. В связи с отрицанием в современной сексопатологии функциональной спинальной импотенции, которая будто бы возникает вследствие истощения нервных центров спинного мозга, само понятие эксцесса сузилось и приобрело другое значение.

То же самое следует сказать и о современных взглядах на онанизм. Не отрицая некоторых неблагоприятных психологических последствий онанизма в виде отгораживания онаниста от социальных контактов (аутизация), погружения в самоанализ, особенно у предрасположенных к этому молодых людей с психастеническими чертами личности, мнительных и тревожных, следует определенно сказать, что каких-либо болезненных явлений онанизм не вызывает и обычно прекращается с началом регулярной половой жизни.

В старой сексологической литературе вред, причиняемый онанизмом, приравнивался к последствиям чумы и других эпидемий. В качестве заболеваний, прямо связанных с онанизмом, упоминались эпилепсия, шизофрения, неврастения. Дольше всех держалось мнение о причинной связи онанизма мужчины со спинальной импотенцией, а онанизма женщины — с фригидностью, нимфоманией, заболеваниями наружных половых органов.

Tissot полагал, что онанизм чаще встречается у женщин, нежели у мужчин. Rohleder даже предполагал, что из 100 женщин 95 когда-либо занимались онанизмом, Делаид же считал, что онанизм одинаково распространен как среди женщин, так и среди мужчин. И. И. Мечников в своих «Studien über die Nates des Menschen» говорит, что девушки онанируют гораздо меньше мальчиков, объясняя это более поздним возникновением у них сексуальности. М. Маргулис цитирует Гутцейта: «Почти каждая девица от 18—20 лет, не имеющая половых нормальных сношений, занимается онанизмом». И. Л. Ботнева наблюдала одну больную, которая имела до 15 мастурбационных оргазмов в сутки. По данным K. Imelinski (Польша), онанизм у девочек отмечается в 44,8% случаев. Близкие к этим цифры сообщают исследователи других стран.

Мы, полностью соглашаясь с Г. С. Васильченко в отношении частоты половой жизни и других цифровых параметров, обращаем самое серьезное внимание на качественную сторону половой жизни, считая, что полноценная половая жизнь женщины должна определяться следующими показателями:

1) наличием у женщины физиологического оргазма после каждого полового акта или, во всяком случае, после 75% половых актов;

2) наличием в этих же пределах психоэмоционального оргазма (во всяком случае, в течение первых десяти лет совместной жизни);

3) удовлетворением мультиоргастической потребности (оргастической серии), если таковая имеется. При этом следует исключить патологические состояния, а именно нимфоманию;

4) совпадением диапазонов приемлемости у обоих супругов и отсутствием других видов сексуальных дисгармоний;

5) продуманной и адекватной системой предохранения от беременности с сохранением возможности периодического попадания спермы в женские половые органы.

При наличии этих показателей частота половых актов, по нашему мнению, не имеет существенного значения.

Некоторые авторы (Н. В. Иванов, З. В. Рожановская и др.) полагают, что отсутствие оргазма у женщины при наличии общей удовлетворенности (сатисфакция) существенно не нарушает ее половой жизни.

Из факторов, влияющих на интенсивность половой жизни, упомянем раннее начало половой жизни у мужчин, что ведет порой к более быстрому снижению ее интенсивности. Раннее начало половой жизни у женщин в случае изнасилования или слишком раннего брака без любви (восточные страны) может вести к понижению или полному подавлению либидо, отвращению к половой жизни.

В. А. Киселев и Ю. Г. Зубарев (1969—1972), исследовав 186 фригидных женщин, отмечают, что чем раньше девушка начинает половую жизнь, тем выше процент фригидности. В случаях же гиперсексуализма раннее начало половой жизни ведет к суперпотентности женщины. Чрезмерная усталость, физическая и умственная астения ведут к снижению интенсивности половой жизни.

На интенсивность половой жизни влияет и профессия, хотя единого мнения по этому вопросу нет*. Некоторые авторы утверждают, что умственный труд будто бы снижает либидо и потенцию. Особенное значение в снижении потенции исследователи придавали математике. Broussais еще в 1836 году писал, что математические задачи угнетают половую потенцию, а G. de Coux и M. St.-Arge (1847) советовали заниматься математикой для отвлечения от избыточного полового возбуждения. Такого же мнения придерживался и V. Hammond (1889). G. de Coux и M. St.-Arge приводят пример одного математика, который никогда не мог окончить коитус, так как перед самым оргазмом ему внезапно приходило в голову решение геометрической задачи или уравнения, которыми он как раз был занят в этот день.

Н. В. Слетов (1928), изучив 67 случаев мужской импотенции, лечение которой было неэффективным, нашел, что среди них было 12 учителей математики, 4 инженера-теоретика, 1 астроном, 10 бухгалтеров, 16 конструкторов и счетоводов и 5 кассиров. Таким образом, из 67 неудачно лечившихся больных импотенцией 48 имели отношение к математике.

П. И. Ковалевский, напротив, считал, что у здоровых мужчин, занимающихся умственной деятельностью, при хорошем питании и правильном режиме не только не наблюдается импотенции, но даже отмечается повышенная сексуальность и только чрезмерная умственная усталость, особенно у слабых и истощенных индивидуумов, ведет к снижению потенции.

По S. Schnabl, женщины, занимающиеся умственным трудом, имеют большую частоту коитусов, более выраженное либидо и лучшие отношения с партнером.

Приведем некоторые данные о влиянии интенсивности полового акта на состояние здоровья и даже возможность смерти во время и после полового акта. У туберкулезных больных, как правило, либидо и половые реакции заметно повышены по сравнению со здоровыми людьми. Описаны случаи, когда повышение артериального давления во время полового акта приводило у таких больных к опасному кровохарканью.

---

* Противоречивые данные получены у спортсменов. Отмечается некоторое снижение половой активности женщин, занимающихся спортом.

Повышение артериального давления и изменение кровоснабжения головного мозга во время коитуса у пожилых людей, страдающих атеросклеротическими явлениями, могут привести к катастрофе со смертельным исходом от инсульта или эмболии. Эти случаи скоропостижной смерти в момент оргазма получили название «сладкая смерть» (la mort douce, tod susse). Смерть Панду в объятиях своей жены Мадолы описана в древнеиндийской книге (Lefmann, «Gesehte des alten Indiens», Berlin, 1890). Могущественный король гуннов Аттила умер во время коитуса от разрыва большого сосуда. В 1909 и 1912 годах на эту тему были опубликованы в немецкой печати две работы Lipa Bey. Max Marcuse (1926) пишет, что случаи la mort douce нередки и в наши дни. Он считал, что наибольшей статистикой таких скоропостижных смертей располагают архивы полицейских управлений, где хранятся акты смертей в публичных домах.

Немецкие сексологи (M. Marcuse et al. )считали классическим примером описания подобной смерти в художественной литературе случай, приведенный в новелле E. J. Hofmann «Das Freulein von Scuderi». Случай, описанный в этой новелле, относится к «tod in sexuallen Affekt» *, но более подходящим для la mort douce мы считаем описание смерти доктора Эмилиона Годеса в повести современного бразильского писателя Жоржи Амаду «Тереза Батиста, уставшая воевать» («Иностранная литература», 1975, № 11 и 12).

Как указывалось, эти общие реакции организма на половой акт значительно более резко выражены у мужчин, нежели у женщин. Было принято считать, что случаи la mort douce являются прерогативой исключительно мужчин, но нам удалось найти в медицинской литературе случай la mort douce женщины (M. Fiesch, 1924). M. Fiesch сообщал об одной женщине 51 года, несколько раз рожавшей, страдающей диабетом и сердечным заболеванием, которая внезапно умерла (по-видимому, от эмболии легочной артерии) через несколько минут после бурного полового акта.

---

* Смерть во время сексуального аффекта.

*Глава 7*

# ЭРОГЕННЫЕ ЗОНЫ. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОЛОВОГО АКТА

Эрогенными зонами называются участки кожного покрова или слизистых оболочек, раздражение которых вызывает половое возбуждение. Мы считаем, что к эрогенным зонам, помимо указанных участков, относятся также органы зрения, слуха, обоняния, осязания и вкуса, которые, принимая соответствующую информацию, способствуют возникновению, стабилизации и усилению полового возбуждения. З. Фрейд и его ученики рассматривали эрогенные зоны взрослого человека как конечный результат длительного сексуального развития, начиная с рождения. Так, согласно представлениям З. Фрейда, у новорожденного вся поверхность тела является одной сплошной эрогенной зоной (вся кожа «эротизирована»). Ребенок якобы получает «сексуальное наслаждение» от прикосновения к любому участку его тела. В дальнейшем «инфантильная сексуальность» проходит ряд этапов, в ходе которых на передний план выступают различные эрогенные зоны (оральная, анальная) и меняется направленность полового влечения (аутоэротическая, гомосексуальная, гетеросексуальная). Для зрелой сексуальности характерна гетеросексуальная направленность полового влечения и ведущая роль генитальных эрогенных зон. Остановка развития или регресс сексуальности приводит, по мнению З. Фрейда, к инфантильному соотношению эрогенных зон (оральных, анальных). По мнению сторонников психосоматической медицины, кожные заболевания (экзема, нейродермит, псориаз) и поражение слизистых оболочек (стоматит, бронхит, колит и др.) могут иметь в своей основе сексуальный конфликт. При этом происходит «эротизация» определенных участков кожи и слизистых оболочек (зуд, изменение трофики и др.). Критика этих и аналогичных теорий дана советскими специалистами В. Е. Рожновым, Ф. В. Бассиным, В. М. Морозовым и др.

В. И. Здравомысловым составлена схема размещения эрогенных зон женщины (рис. 3). Эти зоны отличаются по интенсивности возбуждения, его психологическому содержанию. Одновременное раздражение нескольких эрогенных зон, как отмечает А. М. Свядощ, может привести как к

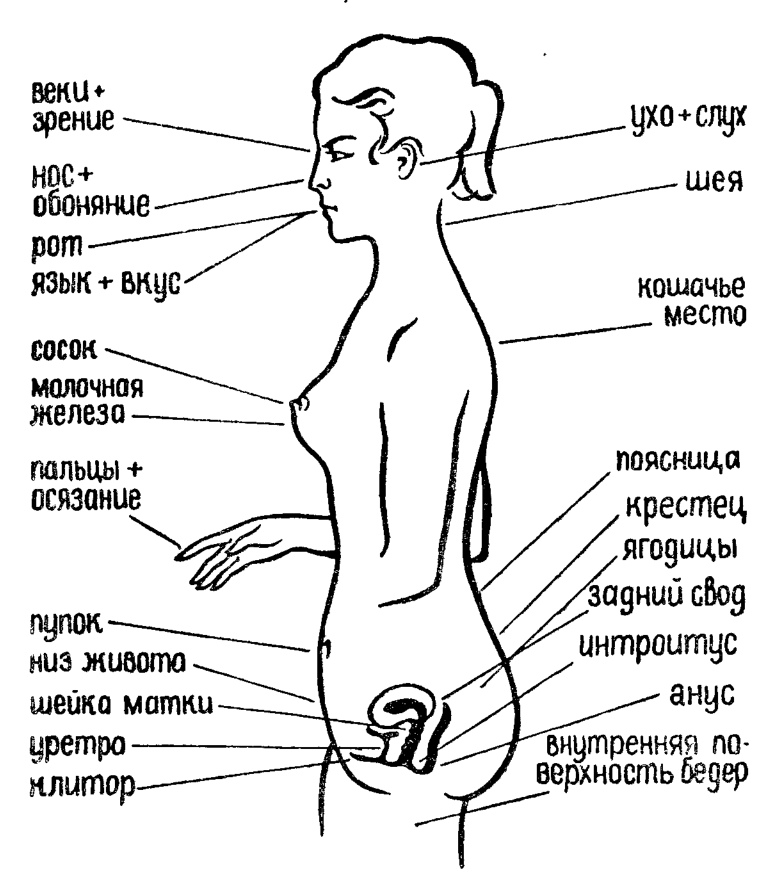



Рис. 3 Эрогенные зоны женщины.

суммации их действий, так и к подавлению одной зоной нескольких других. Наблюдаются явления эктопии и гетеротопии эрогенных зон. Эктопия — это выключение зоны, полное отсутствие какого-либо результата при воздействии на нее (ЭП=0). Гетеротопия — это перенос эрогенной зоны, возникновение ее там, где ранее ее не было. В редких случаях описывалось выключение большого числа эрогенных зон, что вело к затруднениям в проведении предварительного периода ласк, так как необходимо было отыскать действующие эрогенные зоны, расположенные иногда весьма необычно. Кроме этого, наблюдается своеобразная гиперестезия эрогенных зон (постоянная или в определенные пе-

риоды менструального цикла), при которой раздражение зоны может не сопровождаться чувством удовольствия, сладострастия, а напротив, ощущаться как неприятное или болезненное.

Эрогенные зоны, как уже было сказано, весьма варьируют как по своей реакции на разные воздействия, так и по своей реактивности вообще (от резкой возбудимости до полной нечувствительности). В ряде случаев отмечается отвращение даже к общепринятым ласкам. Нам приходилось встречать женщин, у которых не только поцелуи сосков, но даже дотрагивания до молочных желез вызывали отвращение и другие отрицательные эмоции, вплоть до ярости. В некоторых случаях такая отрицательная реакция на раздражение сосков была как бы «условно-рефлекторной» у рожавших женщин, перенесших в процессе вскармливания ребенка мастит.

Мы согласны с мнением Г. С. Васильченко, З. В. Рожановской, A. Kinsey и других авторов, что устный опрос дает более полные и достоверные данные, чем анонимная анкета, где некоторые вопросы могут быть неправильно поняты, поэтому в нашей практике «Карта эрогенных зон» обычно заполняется врачом со слов больной, но не всегда при первичном посещении, а обычно несколько позже, когда больная привыкнет к врачу и проникнется к нему полным доверием (диапазон приемлемости, по Н. В. Иванову).

Статистического анализа по выявлению подлинного значения той или иной зоны пока не проводилось. Мы решили сделать попытку такого анализа. Результаты по ряду зон оказались неожиданными. В табл. 2 приведен анализ 400 карт.

**Эрогенный показатель.** При анализе эрогенных карт мы считали интересным выявить эрогенный показатель (ЭП) для каждой зоны. Вычислялся ЭП так: возьмем, к примеру, язык. Бралась сумма положительных показателей с их значением $(70\times3)+(49\times2)+(30\times1)=338$ и из нее вычиталась сумма отрицательная $(74\times1)+(16\times2)+(4\times3)=$ $=118$. Полученный остаток делится на 289 (число карт без «?»)$=0{,}76$.

*Рот. Губной поцелуй.* История поцелуя прослеживается до глубокой древности (A. Wünsche). Теорий и гипотез возникновения губного поцелуя много, выпущены монографии, посвященные этой проблеме (O. F. Scheur, Joh. Ferch, Librowicz, W. Sternberg).

Анализируя физиологию губного поцелуя, Ван де Вель-

*Таблица 2*

**Эффективность важнейших эрогенных зон и их эрогенный показатель (ЭП)**

| Зоны | +3 | +2 | +1 | 0 | ? | А-1 | В-2 | С-3 | ЭП |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Рот | 80 | 115 | 105 | 73 | 2 | 23 | 2 | — | 1,38 |
| Язык | 70 | 49 | 30 | 46 | 111 | 74 | 16 | 4 | 0,76 |
| Нос | — | 6 | 59 | 139 | 192 | 4 | — | — | 0,29 |
| Ухо | 11 | 45 | 65 | 78 | 183 | 12 | 4 | 2 | 0,76 |
| Веки | 9 | 6 | 152 | 117 | 110 | 6 | — | — | 0,61 |
| Шея | 27 | 66 | 125 | 75 | 95 | 11 | — | 1 | 1,06 |
| «Кошачье место» | 7 | 11 | 22 | 39 | 319 | 2 | — | — | 0,78 |
| Молочные железы | 46 | 132 | 110 | 75 | 7 | 24 | 5 | 1 | 1,21 |
| Соски | 134 | 59 | 51 | 37 | 63 | 28 | 14 | 5 | 1,56 |
| Пальцы рук | 3 | 17 | 128 | 101 | 149 | 1 | 0 | 1 | 0,66 |
| Поясница | 6 | 18 | 77 | 116 | 178 | 4 | 1 | — | 0,54 |
| Крестец | 4 | 12 | 62 | 112 | 207 | 2 | 1 | — | 0,48 |
| Ягодицы | 15 | 75 | 87 | 117 | 73 | 31 | 3 | — | 0,75 |
| Пупок | 7 | 31 | 58 | 52 | 237 | 13 | 1 | 1 | 0,75 |
| Низ живота | 15 | 52 | 102 | 57 | 167 | 6 | 1 | — | 1,04 |
| Клитор | 176 | 104 | 41 | 32 | 20 | 23 | 3 | 1 | 1,96 |
| Интроитус | 97 | 127 | 85 | 41 | 24 | 23 | 2 | 1 | 1,33 |
| Шейка матки | 101 | 37 | 13 | 17 | 142 | 77 | 12 | 1 | 1,11 |
| Задний свод | 101 | 37 | 12 | 16 | 140 | 81 | 11 | 2 | 1,08 |
| Анус | 11 | 12 | 15 | 108 | 128 | 83 | 35 | 8 | —0,37 |
| Внутренняя поверхность бедер | 17 | 86 | 127 | 105 | 59 | 6 | — | — | 1,01 |
| Вкус | 8 | 37 | 28 | 237 | 85 | 4 | 1 | — | 0,38 |
| Обоняние | 9 | 26 | 51 | 167 | 45 | 74 | 24 | 4 | —0,01 |
| Зрение | 16 | 48 | 49 | 144 | 77 | 58 | 7 | 1 | 0,37 |
| Слух | 38 | 116 | 97 | 47 | 90 | 11 | — | 1 | 1,38 |
| Осязание | 28 | 55 | 43 | 120 | 96 | 46 | 11 | 1 | 0,55 |

Примечание. В. И. Здравомыслов различает следующие степени отношения женщин к раздражению той или иной зоны: 0 — индифферентно; +1 — приятно, но не возбуждает; +2 — очень приятно и несколько возбуждает; +3 — резко возбуждает; ? — не знает; А-1 — неприятно; В-2 — противно; С-3 — очень противно, вызывает резко отрицательные эмоции.

де, А. Шеуер и другие исследователи различали три основных фактора: прикосновение (осязание), вкус и обоняние. Различные авторы, отдавая предпочтение то одному, то другому фактору, соответственно этому строят свои гипотезы возникновения поцелуя. Так, часть авторов, отдающих главную роль прикосновению (Havelock Ellis), считают, что любовный поцелуй возник из примитивной ласки — поцелуя своего ребенка и сосания им материнской груди. Сторонники этого мнения считают, что вначале поцелуй был инстинктивным контактом и лишь впоследствии, вызывая сексуальные ощущения, приобрел эрогенную значимость.

Этому мнению противостоит другое, по которому поцелуй перешел в сексуальный акт из прикосновения, выражающего дружественность и поклонение. Такое прикосновение лиц разного пола постепенно облегчает их сближение и дает большую возможность половой близости (G. Lower).

Часть авторов видят ведущую сторону во вкусовых ощущениях, возникающих во время поцелуя. Van de Velde писал, что еще древние римляне умели хорошо определять вкус поцелуев своих возлюбленных. По его мнению, не приносящие боли укусы относятся к нормальной технике поцелуя. У мужчин излюбленным место для таких укусов является левое плечо или область над ключицей, у женщин — шея (левая сторона) и оба бока тела. Многое зависит от роста и позиции супругов. По Van de Velde, склонность к укусам в любовной игре сильнее развита у женщин. Эти авторы находят большую связь между органами пищеварения и половой сферой, между «вкусом и любовью» (E. Bernair).

И, наконец, третья группа авторов считает ведущим фактором в поцелуе чувство обоняния. Конечно, обоняние в древности играло значительно большую роль, чем сейчас. С развитием цивилизации и урбанизации чувство обоняния современных людей играет все меньшую роль, но об этом мы более подробно скажем в разделе «Нос и обоняние».

Как и следовало ожидать, в оценке этой зоны не должно быть вопросительных знаков, так как почти каждая женщина целовалась когда-либо и потому знала, как на нее действуют поцелуи. И действительно, только в двух картах имеются вопросы. Одна из пациенток много лет страдала пиореей и язвенным стоматитом и боялась заразить мужа поцелуем, у другой был резкий неприятный запах изо рта и носа, и она при супружеских ласках всегда

отворачивалась от мужа. Можно было ожидать, что рот в подавляющем проценте случаев будет сильно возбуждать женщин, на деле же оказалось, что возбуждающее действие проявляется в той или иной степени менее чем в 50% случаев. 105 женщинам поцелуи были приятны, но не возбуждали, а 73 пациентки были к ним совершенно равнодушны. 25 женщинам поцелуи были неприятны или противны. Резкое же возбуждение при поцелуях в губы испытывали только 80 женщин из 400 (20%). Довольно часто женщины использовали свой рот для орально-генитального как гетеро-, так и гомосексуального контакта.

*Язык*. Овидий Назон в своих «Amores» («Песнях любви») горячо пропагандирует язычный поцелуй.

Книга II, Эл. V

Тот языком сладострастным прильнул к твоим влажным губам,
Братьев своих никогда так родная сестра не целует.
Так похотливый мужчина целует развратных подруг.
Так и с Дианою Феб поступать никогда не решался;
Только Венере бог Марс поцелуи такие дарит.

Книга III, Эл. VII.

Страстно впился язычком в мои воспаленные губы...

Язычный, языковый поцелуй воспет многими поэтами как глубокой древности, так и современности. Это и нежный французский поцелуй, при котором язык только слегка касается губ партнера, и грубый индийский самьяна — вращение языком во рту другого, это и немецкий контакт языка с языком. Его называют также глубоким, жарким. В индийской «Камасутре» Ватсьяяна и «Науке любви» Овидия Назона приводятся различные виды поцелуев. Овидий Назон дает женщинам ряд гигиенических советов по этому поводу (острый край сломанного зуба может поранить язык другого, а неприятный запах изо рта отравит сладость поцелуя). V. du Sosses посвятил науке поцелуя целую монографию. Van de Velde пишет, что без языка все же нет истинного любовного поцелуя, ибо этот орган является вообще одним из важнейших орудий вариаций поцелуя. Поцелуй, по его мнению, оказывает наиболее сильное раздражение, когда кончик языка нежно щекочет губы и кончик языка партнера.

Казалось бы, языковый поцелуй должен таким образом давать наибольшее сексуальное возбуждение. При анализе же оказывается, что 111 женщин (27,7%) совершенно не знали о существовании таких поцелуев, 46 женщин целовались «с языком», но оставались к этому равнодушными.

Остальные 243 женщины распределялись полярно (чего не было при «губном поцелуе», 149 женщинам он был приятен (и только у 70 вызывал резкое возбуждение), а 94 — неприятен или даже противен.

Представляет интерес индивидуальное соотношение эротичности губ и языка у пациенток (табл. 3).

*Таблица 3*

**Соотношение эротичности губ и языка**

| Губы (ЭП+1,38) | Язык (ЭП+0,75) | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 119 41,2% | +3 | +2 | +1 | 0 | ? | А-1 | В 2 | С-3 | Всего |
| +3 | 44 | 6 | 1 | 2 | 16 | 9 | 2 | — | 80 |
| +2 | 25 | 26 | 8 | 6 | 33 | 15 | 2 | — | 115 |
| +1 | 1 | 16 | 19 | 15 | 25 | 27 | 1 | 1 | 105 |
| 0 | — | 1 | 2 | 23 | 27 | 16 | 4 | — | 73 |
| ? | — | — | — | — | 2 | — | — | — | 2 |
| А-1 | — | — | — | — | 7 | 7 | 7 | 2 | 23 |
| В-2 | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 2 |
| С-3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Всего | 70 | 49 | 30 | 46 | 111 | 74 | 16 | 4 | 400 |

Как видно из табл. 3, в 111 случаях соотношение эрогенности языка и губ не выявлено. Из оставшихся 289 карт в 119 (41,2%) указано на одинаковую эрогенность языка и губ, у 125 женщин (43,3%) эрогенность губ была выражена больше и только у 45 обследуемых (15,5%) язык оказался более эрогенным. Кроме того, бросается в глаза количество неопределенных ответов («?») — при определении эрогенности губ было получено только 2 таких ответа, тогда как при определении эрогенности языка было получено 111 таких ответов. Поцелуи в губы вызывали неприятное ощущение только в 25 случаях, а языковый поцелуй — в 94 (!). Таким образом, анализ 400 эрогенных карт развенчивает славу языкового поцелуя.

*Нос и обоняние.* Распространено мнение (И. Блох, Генкель и др.), что мужчины и женщины с большими носами являются «наиболее страстными». Нос как эрогенная зона

упоминается многими сексологами, но наш анализ показал, что нос отнюдь не является эрогенной зоной. Только 6 женщинам (1,5%) поцелуй носа был «очень приятен и слегка возбуждал». Основная же масса женщин остается к этой ласке совершенно равнодушна или даже незнакома с ней. Трем женщинам поцелуи носа были неприятны. ЭП самый низкий (+0,29%).

Вместе с тем сексологам необходимо знать о тесной рефлекторной связи между носовыми раковинами и женскими половыми органами. Первые сообщения о том, что раздражения, исходящие из половой сферы, могут вести к возникновению заболевания полости носа, появились еще в 1885 году (McKenzie).

Один из основателей сексологической науки Havelock Ellis в своей монографии «Половые извращения» (СПб., 1909) пишет: «...лица, имеющие дефекты половых органов, обязательно имеют дефекты со стороны обонятельных нервов, и наоборот». H. Henscheld в своей диссертации (Hamburg, 1967) приводит интересный случай агенезии обонятельной области в сочетании с евнухоидизмом.

Более же всех этот вопрос разрабатывал W. Fliss (1893, 1895, 1897, 1903, 1908, 1910). Он утверждает, что на перегородке и нижних раковинах носа находятся специальные «половые точки» (genitalstellen), которые при каждой менструации набухают и легко кровоточат.

Нам пришлось встретить несколько случаев вазомоторного насморка в виде своеобразного гестоза беременных.

Р. Л., 30 лет, беременна 2,5 месяца. В анамнезе — 1 роды и 2 аборта. Во время каждой беременности страдает чрезмерной рвотой и сильнейшим (проливным) насморком с запахом (rinitis gravidarum). Этот запах из носа и вызывал рвоту. Объективно — обильное истечение из носа, беспрестанное сморкание. Р. Л. смачивает до 40 носовых платков в день. Насморк начинается всегда еще до задержки менструаций и по нему больная узнает, что она беременна. После двух сеансов внушения в легком гипнотическом состоянии прекратилась рвота, «насморк» прошел только после третьего сеанса. За несколько дней до родов «насморк» снова возобновился и вновь одним сеансом был немедленно остановлен.

Связь точек Флисса в носу с женскими гениталиями доказывали в своих работах многочисленные клиницисты (В. И. Воячек, И. В. Данилов, А. А. Златоверов, Д. Н. Кассиль, О. П. Пономарев, И. М. Потапов, С. Преображенский, Ф. Г. Столыпенский, Jaworski, Iwanicki, Ruttadr, Novar, Josel). А. С. Бреславцев, Н. А. Карпов, Б. Н. Лебедевский, И. Ф. Тулин и другие доказывали эту связь эксперимен-

тально. Ю. А. Решетняк посвятил этому вопросу свою диссертацию (1971). Из литературы последнего времени необходимо указать на учебник «Гинекология» В. И. Бодяжиной с соавторами (1957). Авторы не отрицают терапевтического эффекта флиссовых точек при меналгиях, относя эффект к «отрицательной реперкуссии».

Таким образом, можно считать доказанным и клинически и экспериментально наличие рефлекторной связи слизистой носа с половой сферой женщины.

*Обоняние.* В отношении сексуальности лучше дело обстоит с обонянием, которое для некоторых женщин является выраженной эрогенной зоной. И. Блох цитирует высказывание Генкеля: «Запах составляет квинтэссенцию любви, т. е. обонятельные ощущения составляют первопричину полового сношения». И. П. Павлов писал: «А мне думается, что, может быть, главнейший возбудитель полового рефлекса есть специальный запаховый раздражитель». У человека сексуальная роль обоняния, по J. Novak, является своего рода атавизмом, «остатком животности», но при патологическом состоянии оно может оказывать значительное влияние на половую жизнь человека. У людей с извращением полового чувства некоторые запахи действуют подобно удару кнута, резко возбуждая половое влечение. Пример такого извращения будет приведен далее.

Особенно развита чувствительность к специфическим запахам у некоторых насекомых. Так, самцы некоторых видов бабочек чувствуют запах самки своего вида за несколько километров и безошибочно летят ей навстречу.

Для человека особенно возбуждающей в сексуальном отношении считается каприловая химическая группа (пот, влагалищные выделения, семенная жидкость, выделения крайней плоти и желез, находящихся вблизи половых органов). Запахи самок, привлекающие самцов, называются эпигонами и включают в себя мускус, циберт (Я. Д. Киршенблат, 1969).

Еще Гиппократ отметил, что каждый мужчина и каждая женщина имеют свой индивидуальный запах. Он считал, что с возрастом запах человека может меняться. Запах на мужчин действует сильнее, чем на женщин. P. Klein утверждает, что вестибулярные железы женщин издают специфический «женский» запах. Этот запах во время менструаций может усиливаться. На некоторых мужчин он действует крайне возбуждающе и может объяснить их стремление к cunnilingus.

O. Stall посвятил в своей монографии большую главу специфическим запахам мужчин и женщин. Он считает, что запах каприловой группы, обычно воспринимаемый как неприятный, на некоторых мужчин действует возбуждающе.

Иегер считал, что мужчин часто возбуждает аромат любимой женщины (запах волос, запах подмышек и головы, особенно затылка). O. F. Scheuer относит сюда запах кожи рук, ног, заднего прохода и даже испражнений. Многие женщины имеют любимые духи, которые их возбуждают. И. Блох пишет, что к наиболее возбуждающим запахам относится запах резеды, гелиотропа, жасмина, пачулей, фиалки, розы и мускуса. Некоторых женщин резко возбуждает цветок домашнего каштана, запах которого похож на запах мужского семени. Среди женщин существует поверье, что к наиболее возбуждающим мужчин запахам относится запах гвоздики. Нам (В. И. Здравомыслов) приходилось встречать женщин, смачивающих духами «Гвоздика» волосы на лобке.

Стимулирующее действие некоторых духов на половое чувство подчеркивает и Мориц Герцоги. Он пишет, что Ришелье в старости для возбуждения половой деятельности жил среди запахов сильнейших духов. Н. Е. Ишлондский в своей монографии пишет, что на Востоке более распространен не губной и тем более не язычный, а обонятельный поцелуй, когда нос одного субъекта соприкасается либо с носом, либо со щекой или рукой другого. Он пишет, что китайцы, также практикующие обонятельный поцелуй, считают европейский губной поцелуй выражением каннибализма. M. Hirschfeld в своем капитальном труде приводит снимки такого носового поцелуя.

Что же сейчас дает нам анализ обоняния как эрогенной зоны? Как действует сейчас запах мужей на их жен? Каков ЭП? В 86 случаях из 400 запах мужей был приятен нашим пациенткам, а в 9 случаях он даже резко возбуждал сексуальное чувство, но наряду с этим он очень часто (102 случая) был крайне неприятен или даже противен.

Во многих случаях отрицательную роль играл запах водки, табака. Широкое распространение алкоголя все чаще является причиной несчастных браков, ведет к разводам. Запах винного перегара у большинства женщин не только отбивает желание целоваться, но часто совершенно убивает любовь.

Неудивительно поэтому, что обоняние часто имеет отрицательный ЭП и составляет —0,01.

*Веки и зрение.* Веки сами по себе являются нерезко выраженной эрогенной зоной (ЭП+0,37). 167 женщин (41,7%) положительно реагировали на поцелуи век, 152 (38%) из них поцелуи век были «просто приятны» и не вызывали никакого сексуального чувства, и только у 9 женщин «поцелуи в глазки» вызывали резкое половое возбуждение. 110 нашим пациенткам веки никто никогда не целовал, а шести эти поцелуи были неприятны (возможно, потому-что они красили ресницы).

Кроме поцелуя губами «в глазки» известен и так называемый «поцелуй бабочки», «поцелуй мотылька» — двухстороннее прикосновение ресницами.

Иначе дело обстоит со *зрением*. Как ни велико значение слуха в сексуальной жизни женщины, все же прав Н. Е. Ишлондский, считая, что слуховое чувство в общем проявляет свое действие уже после того, как зрительно более или менее определено положительное или отрицательное отношение к объекту, поэтому он считает, что в сексуальной проблеме из всех органов чувств зрение играет доминирующую роль.

Это же мнение разделяет и J. Bloch, говоривший, что недаром два великих мыслителя — и философ Платон и естествоиспытатель Ч. Дарвин сходились на том, что «красота — это воплощение любви». Красота всегда вызывает положительные эмоции. А. Э. Мандельштам пишет, что лицезрение обнаженных форм, соответствующих произведений живописи и скульптуры является сильным средством, возбуждающим сексуальное чувство. Он отводит большую роль модным платьям, белью, обуви, прическе, подчеркивающим привлекательность женщины.

Анализ наших карт выявил довольно неожиданные данные. Оказывается, 144 женщины были равнодушны к виду обнаженных мужей и только у 64 этот вид вызывал возбуждение, причем лишь у 16 — сильное. Наряду с этим 66 женщинам было неприятно смотреть на обнаженного мужа, а двум даже противно. 77 женщин из 400 (почти 20%) никогда не видели мужских половых органов.

*Ухо и слух.* Ушная раковина с древних времен считалась одной из сильнейших эрогенных зон. Поцелуи и сосание мочек уха или задней поверхности ушной раковины в некоторых случаях действительно вызывали сильное половое возбуждение у наблюдавшихся нами женщин. Особенно

широко пользуются этой зоной в странах Востока. В Индии существует с древних времен перверсия «даван-банджа» — коитус в ушную раковину.

У нас же 183 женщинам (45,7%) никто никогда не целовал уха, 78 (19,5%) женщин были совершенно равнодушны к таким поцелуям. В 121 случае (30%) зона была положительной, причем только у 11 (3,7%) вызывала резкое возбуждение, в 18 случаях (4,5%) поцелуи вызывали отрицательные эмоции, из них в 6 случаях поцелуи в ухо были даже противны.

*Слух.* Женщину могут возбуждать те ласковые слова, которые она слышит во время предварительных ласк и самого коитуса. R. Neubert считает, что женщина «любит слухом». Женщине можно десять раз в день повторять, что она самая милая, самая очаровательная, самая прекрасная.

Известно, что некоторых женщин может возбуждать та или иная музыка, поэтому говоря об эрогенных зонах и эрогенных реакциях, мы не можем не остановиться на музыке и пении. С глубокой древности известно мощное влияние пения и музыки на эмоции. Музыка может возбуждать, но музыка может и успокаивать. Поэтому еще в древности Платон, Аристотель, Асклепий (Эскулап) и Целий Аврелиан применяли музыку для лечения больных. В средние века музыкальное воздействие на больных рекомендовал Авиценна.

В Западной Европе «музыкотерапия» стала входить в моду в XVII—XVIII веках. С XIX века началось научное изучение влияния музыки на различные функции человеческого организма (кровообращение, дыхание, газообмен и пр.).

В России в 1913 году В. М. Бехтерев организовал «Общество для выяснения лечебно-воспитательного значения музыки». К сожалению, мировая война оборвала деятельность этого общества. В наше время один из выдающихся учеников и последователей В. М. Бехтерева — В. Н. Мясищев в том же институте вновь возродил изучение музыкотерапии.

Необходимо приветствовать то, что за последние годы все большее количество наших авторов (Г. П. Шипулин, Л. С. Брусиловский, В. В. Ефимов, В. Л. Леви, С. Н. Раева, В. Я. Ткаченко и др.) включают музыку в комплекс психотерапевтического лечения неврозов и неврозоподобных состояний. В Англии Фрэнк Найт с хорошим эффектом при-

меняет музыку Д. Д. Шостаковича для лечения тяжелых форм психоневрозов, не поддающихся воздействию иных видов терапии. В США образована Национальная ассоциация музыкотерапевтов, которая составила лечебные каталоги музыки — музыкальную фармакопею («музыкопею»). В. Л. Леви приводит некоторые выдержки из «музыкопеи», рекомендованной современным энтузиастам этой проблемы. К сожалению, в этом списке отсутствуют произведения по теме «Музыка и секс».

*Этот пробел восполняет большое и многостороннее ис*следование A. Hens влияния музыки на секс. Автор считал, что из всех музыкальных произведений более всего действуют возбуждающе оперы Р. Вагнера («Тристан и Изольда», «Кольцо нибелунга», «Тангейзер») и оперетты Ж. Оффенбаха. Музыке Вагнера и ее значению в сексологии посвящены монографии P. Becker. R. Meireder в своей книге называет Рихарда Вагнера эротическим гением.

Сегодня большинство авторов относят к этой категории и новейшую танцевальную музыку. Возбуждающий сексуальный эффект последней еще более увеличивается от соответствующих телодвижений, о которых мы скажем несколько дальше в разделе «Анализаторы ощущения».

Мы не можем полностью согласиться с мнением Г. П. Шипулина о том, что, составляя «музыкальную фармакопею», необходимо принимать во внимание произведения только инструментальной, а не вокальной музыки, которая имеет иную точку приложения в психике (слово адресуется ко второй сигнальной системе). Л. С. Брусиловский справедливо указывает на роль активной (пение соло и хором) и пассивной (прослушивание пения) вокалотерапии при лечении различных заболеваний.

Во втором издании «Руководства по психотерапии» Л. С. Брусиловский приводит обзор мировой литературы по музыкотерапии от древности до наших дней. По характеру воздействия на нервную систему он делит все произведения на стимулирующие и седативные. В этом обзоре, к сожалению, почти не упоминается о влиянии музыки на секс.

В последнее время влияние музыки на различные проявления неврозов, а также роль музыки в лечении сексуальных расстройств изучает С. А. Гуревич.

Не отрицая смыслового значения пения, мы можем утверждать, что сплошь и рядом «песня без слов», т. е. только звук (тембр и интонация) голоса может вызвать довольно выраженную эмоциональную реакцию, в том чис-

ле и сексуальную. На женщин в этом отношении наиболее сильно воздействуют очень высокие ноты лирических теноров. Известны целые эпидемии таких теноpисток — «печковщанок», «лемешисток» и т. п.

А. Молль в свое время подчеркивал, что музыка и пение влияют возбуждающе на нервную и мускульную системы. Особенно, по его мнению, чувствительны к музыке в эротическом отношении женщины.

Ясно, что эффект музыкотерапии зависит не только от произведения и его исполнителя, но и от самого слушателя и может быть получен только у лиц, более или менее понимающих музыку.

Приведенные суждения об эмоциональном значении слухового анализатора подтверждаются и анализом эрогенных карт. Анализ наших данных в отношении слуха подтвердил слова Рудольфа Нойберта, что женщина «любит слухом». Так, у 154 женщин (38,5%) слух действительно явился выраженной эрогенной зоной, а у 38 пациентов «ласковые слова» сами по себе могли вызвать сильное половое возбуждение.

Наряду с этим тот же анализ показал неприглядную картину супружеского поведения большого числа мужей наших пациенток. Все сексологи согласны с тем, что муж не должен после половой близости отворачиваться от жены и засыпать без последующей ласки, без эпилога коитуса, без nachspiel. По нашим данным, мужья 90 наших пациенток (22,5%) совершают половой акт крайне примитивно. Молча ночью повернет к себе не успевшую проснуться жену, молча же сделает свое дело и, не сказав ни слова, «повернется и заснет». В 47 случаях к «разговорам мужей» (11,75%) жены были совершенно равнодушны, а в 12 случаях (3%) мужья говорили такие мерзости, что вызывали неудовольствие, а иногда и отвращение у женщин. Неудивительно, что таким поведением они отбивают у жен охоту к выполнению «супружеских обязанностей» и развивают у них стойкую половую холодность.

Л. С., красивая молодая женщина 30 лет, страдающая полной половой холодностью, жаловалась на вышеописанное поведение своего мужа. Однажды она после одного из таких половых актов расплакалась и сказала мужу: «Ты меня не любишь! Никогда в это время даже ласкового слова не скажешь!» И получила ответ: «Нет, люблю, но если я буду тебя хвалить, то ты еще зазнаешься!»

*Шея* является довольно выраженной эрогенной зоной. У 218 женщин эта зона была положительной, в 27 случаях

вызывала резкое половое возбуждение. Наряду с этим 95 женщинам (23,7%) поцелуи в шею совершенно незнакомы, в 12 случаях они были даже неприятны. Разные участки шеи женщины неравнозначны по степени эрогенности. Одним более приятны поцелуи шеи спереди, другим — сзади, на границе волосистой части головы. Поэтому в последнее время мы различали «шея спереди», «шея сзади» и «боковые поверхности шеи». Из 200 опрошенных женщин (табл. 4) только у 122 (61%) реакция всех участков шеи была одинакова, а в 78 случаях (38%) — различна.

Табл. 4 дает более детальное представление об эрогенности шеи. Как видно из таблицы, боковые части шеи оказались наиболее эрогенными, на втором месте — шея сзади и на последнем — шея спереди. Показатель каждого участка значительно ниже, чем в табл. 2 (показатель шеи вообще 1,06). По той же причине количество «?» в раздельной таблице — от 20—25%, а в общей — только 16,5%. В некоторых случаях эрогенность различных участков шеи была выражена резко (табл. 4). В табл. 5 приводится ряд характерных примеров.

*Таблица 4*

**Эрогенные показатели шеи по локализации**

| Локализация зоны | +3 | +2 | +1 | 0 | ? | А-1 | В-2 | С-3 | Всего | ЭП |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Спереди | 4 | 20 | 68 | 56 | 45 | 7 | — | — | 200 | 0,73 |
| По бокам | 11 | 29 | 65 | 49 | 40 | 5 | — | 1 | 200 | 0,92 |
| Сзади | 9 | 15 | 66 | 55 | 50 | 5 | — | — | 200 | 0,79 |

*Таблица 5*

**Эрогенные показатели шеи по локализации**

| № карты | Локализация | | |
|---|---|---|---|
| | Спереди | По бокам | Сзади |
| 232 | А-1 | +1 | +2 |
| 241 | 0 | +3 | +2 |
| 306 | А-1 | С-3 | 0 |
| 360 | +1 | +1 | +3 |
| 392 | +1 | +2 | +3 |

«Кошачье место»* (место на спине между лопатками) — выраженная эрогенная зона (ЭП +0,78) у тех женщин, которые знают о ее существовании, но дело в том, что 319 женщин из 400 никто в это место не целовал. У 40 наших пациенток эта зона была положительной, причем у 7 вызывала резкое возбуждение. Только двум из обследованных женщин поцелуи мужа между лопатками были неприятны.

*Молочные железы.* Так же, как и рот, молочные железы раздражаются чаще других зон, поэтому здесь почти нет неопределенных ответов (только 7 женщин отметили, что они не знают, как они реагируют на это раздражение). В 288 случаях (72%) молочные железы явились положительными зонами. В 46 случаях ласки, обращенные на молочные железы (даже без раздражения сосков), вызывали резкое половое возбуждение.

Необходимо отметить, что молочные железы являются мощными эрогенными зонами не только женщин. Даже ручной контакт с ними возбуждающе действует на мужчин. Имеется даже перверситет — coitus intra mammorum (половое сношение между грудями). В «Камасутре» и «Анамгаранде» этот вид коитуса — нарвасадата — даже рекомендуется для полового сношения после перерыва (хотя бы в несколько дней) в тех случаях, когда любящие хотят избежать беременности, полагая, что при этом во время эякуляции выльется зрелое семя, а при следующих актах пойдет уже незрелое, неспособное к оплодотворению.

При этом способе не только мужчина может доводить себя до оргазма, но и женщина получает большое возбуждение от прикосновения penis и scrotum. Кроме того, мужчина, прижимая молочные железы друг к другу, производит руками добавочное раздражение, как бы массируя их. C. Embe Boas считает, что этот способ наиболее интересен для мужчин, любящих массивные, мощные бюсты.

Иногда молочные железы могут достигать колоссальной величины. В некоторых случаях увеличение бывает односторонним, но чаще — двусторонним. Приведем несколько таких экскввизитных случаев (монстров). Bartholines сообщил об одной женщине, у которой молочные железы свисали до колен. Bonet описал молочные железы весом

* Место на спине между лопатками называется «кошачьим местом» потому, что самцы всех видов кошек (кошки, рыси, львы, тигры) во время полового акта крепко держат самку зубами за это место.

64 фунта, Durston — 24-летнюю женщину, которая не могла встать с кровати без посторонней помощи: ее левая грудь весила 64 фунта, а правая несколько меньше. Mandelsloch наблюдал двухлетнюю девочку с бюстом, как у кормящей женщины.

На мужчин возбуждающе действует не только ручной или половой контакт с молочными железами женщин, но даже их лицезрение. Женщины это хорошо знают и широко пользуются этим, нося платья с глубоким декольте.

Во время самого полового акта у многих женщин отмечается нагрубание молочных желез (фаза тумесценции), иногда довольно значительное, усиливается четкость венозного рисунка. Фаза детумесценции захватывает и молочные железы (нагрубание их быстро спадает, венозный рисунок вновь становится менее заметным). В 30 случаях молочные железы явились отрицательной зоной, причем в 6 случаях это было выражено довольно сильно.

Соски и ареолы вокруг них у женщин являются одной из наиболее мощных эрогенных зон. Сексуальная их характеристика значительно отличается от характеристики молочных желез. Первое, что бросается в глаза, — почти в 10 раз больше вопросительных знаков: здесь их уже 63 вместо 7. К раздражению сосков остаются равнодушными только 37 женщин вместо 85. В три раза чаще резко выражен сексуальный эффект. У 134 женщин этот эффект был выражен резко и в ряде случаев приводил даже к сосковому оргазму. Об этом еще в 1909 году писал G. Merzbach.

Раздражение сосков достигается различными способами: руками (разминание, потягивание), ртом (сосание, лизание) и, наконец, glandis penis. Обладательницы соскового оргазма утверждают, что при последнем способе он достигается значительно легче, чем при других. Женские соски крайне чувствительны к любой половой стимуляции и сразу приходят в состояние эрекции, а окружающие их ареолы — в состояние тумесценции.

Van de Velde считал, что эрекция сосков, аналогичная эрекции мужского полового органа и женского клитора, еще более усиливает эротическое воздействие. Максимум возбуждения получается при одновременном раздражении клитора и сосков.

Ввиду вышеуказанной разницы в сексуальной характеристике молочных желез и их сосков как эрогенных зон будет небезынтересно проанализировать их индивидуаль-

ное соотношение. Как видно из табл. 6, в 64 случаях соотношение эрогенности сосков и молочных желез не выявлено. Из оставшихся 336 карт 135 (40,2%) показали их одинаковую эрогенность, в 152 случаях (45,2%) соски оказались более эрогенными и в 49 (14,6%) — менее эрогенными за счет 47 случаев отрицательного значения.

*Таблица 6*

**Соотношение эрогенности молочных желез и сосков**

| Молочные железы (ЭП+1,21) | 135 40,2% | Соски (ЭП+1,56) | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | +3 | +2 | +1 | 0 | ? | —A | —B | —C | Всего |
| | +3 | 37 | 3 | —1 | — | 4 | — | 1 | — | 46 |
| | +2 | 79 | 22 | 4 | 3 | 19 | 5 | — | — | 132 |
| | +1 | 18 | 26 | 35 | 5 | 17 | 7 | 2 | — | 100 |
| | 0 | 8 | 8 | 8 | 27 | 14 | 7 | 2 | 1 | 75 |
| | ? | — | — | 1 | — | 6 | — | — | — | 7 |
| | —A | 1 | — | 2 | 2 | 3 | 9 | 5 | 2 | 24 |
| | —B | — | — | — | — | — | — | 4 | 1 | 5 |
| | —C | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| | Всего | 143 | 59 | 51 | 37 | 63 | 28 | 14 | 5 | 200 |

Во время самого полового акта обычно эрекция сосков и тумесценция ареол еще более усиливаются, а в 4-й фазе акта (детумесценция) эти явления проходят довольно быстро.

В противоположность женским мужские соски являются значительно менее выраженной эрогенной зоной, их раздражение во время любовных ласк мало сказывается на общем половом возбуждении. По данным W. Masters и V. Johnson, эрекция мужских сосков во время полового акта хотя и в меньшей степени, но отмечается. Небольшое нагрубание сосков у мужчин они наблюдали в 60% случаев, выраженную эрекцию — только в 7%. Если детумесценция женских сосков после коитуса обычно наступает очень быстро, то, по данным указанных авторов, у мужчин (если наступила эрекция сосков) она проходит очень медленно (иногда даже в течение нескольких часов).

Эрогенный показатель молочных желез +1,21, а сосков +1,56.

*Пальцы рук и осязание.* Анализ наших данных выявил, что у 148 женщин пальцы рук являются положительной эрогенной зоной, но настоящее половое возбуждение они вызывают не так часто (только около 5%), в остальных же случаях женщинам просто приятно, когда им целуют пальцы. Наряду с этим анализ показал, что 149 женщинам никто никогда пальцы не целовал.

Только двум женщинам было неприятно, когда мужья пытались целовать им пальцы. Кроме того, трех наших пациенток возбуждали поцелуи ладонной поверхности кисти, а двух — тыльной ее поверхности.

*Пальцы ног* как эрогенную зону мы включили в анализ значительно позже, и потому количество наблюдений меньше (130).

H. Libermann утверждал, что кончики пальцев ног относятся к важнейшим эрогенным зонам женщины. Наш анализ показал следующее. Во-первых, видно, что несмотря на высокий ЭП (0,87), пальцы женских ног у мужчин «не в большом почете»: только 24 женщинам из 130 мужчины целовали пальцы ног (18,5%), следовательно «?» поставили 81,5% женщин, в то время как при поцелуях пальцев рук «?» отмечен у 37% обследованных. Из этих 24 женщин 13 были равнодушны к этим поцелуям, одной они были неприятны и только у 10 женщин (41,5%) эта зона была положительной. Трем из них поцелуи ног были только приятны и лишь у пятерых вызывали резкое возбуждение. Возможно, что у части из указанных 10 женщин играло роль простое удовлетворенное самолюбие — «их так любят, что целуют ноги».

Из литературных данных последнего времени только А. М. Свядощу пришлось наблюдать одну пациентку, у которой поцелуи ног вызывали резкое возбуждение.

*Осязание.* Рассматривать осязание как эрогенную зону можно в двух аспектах: в общетелесном и в генитальном.

А. Э. Мандельштам пишет, что объятия, прикосновения рук и ног, особенно в танце, возбуждают половое чувство. В индийской сексологии большой раздел посвящен технике различных объятий. Iv. Bloch писал: «...Прикосновение к коже любимого человека — уже половина полового сношения, эти прикосновения дают сладострастные ощущения, передающиеся половым органам».

Особенно эрогенны современные танцы, подвергнутые основательной критике М. Маргулисом в его книге «Болезнь века». Он подчеркивает, что от современных танцев

больше всего страдают девушки, которые должны знать о половой жизни столько, сколько необходимо, чтобы иметь возможность сохранить свою чистоту.

Еще П. И. Ковалевский отмечал, что осязание у женщин тоньше и сильнее, теснее связано с сексуальностью. Многие женщины в разговоре с мужчинами имеют привычку прикасаться к их груди, руке, а если сидят, то к ноге. Прикасаются карандашами, пальцами, но только к тому мужчине, который им симпатичен.

O. F. Scheuer считал, что кожу человека можно рассматривать как один большой орган, способный вызвать сладострастные ощущения. Существует также эротика мускулов. Трение, массаж руками и ногами широко применялись еще в древней Индии, у греков и римлян. С целью вызова сексуального возбуждения и сладострастных ощущений на Востоке и сейчас очень распространен массаж в банях под водой, выполняемый преимущественно красивыми юношами или девушками.

Большинство сексологов рекомендуют женщинам при половом акте самим вводить во влагалище половой член мужа. Особенно это важно при функциональном болевом синдроме, обусловленном неврозом. В настоящем анализе мы будем разбирать вопрос, как действует на жену прикосновение к половым органам мужа. Для 126 женщин оно было приятным, из них у 28 вызывало резкое возбуждение. 120 женщин, в основном фригидные, делали это равнодушно (без положительных и без отрицательных эмоций). 96 (22%) женщин никогда не дотрагивались до половых органов мужа. Для 58 женщин это прикосновение было неприятным, а для 12 из них даже противным.

*Поясница* является нерезко выраженной эрогенной зоной. Отмечается большой процент «?» — более 44. Только у 24 женщин поясница была выраженной эрогенной зоной. У пяти женщин она имела отрицательный характер. ЭП только +0,54.

*Крестец* имеет ЭП еще меньше —+0,48. Только у 16 женщин область крестца вызывала половое возбуждение, а количество «?» достигает 207 из 400.

*Ягодицы.* Среди эрогенных зон женщины ягодицы занимают особое место. Красивые женские ягодицы были в древней Греции и Риме в большом почете. Еще Гораций писал: «Для женщины большой порок, если зад ее развит плохо — это все равно что плоский нос или искривленные ноги». В Греции был построен храм Venus Callipyge (kal-

los — красивый, pyge — седалище). Красивые женские ягодицы действуют возбуждающе на либидо мужчин.

Почти все эрогенные зоны женщины вызывают положительные эмоции, в основном при ласках и поцелуях, ягодицы составляют исключение. Здесь довольно часто приятные ощущения и даже возбуждение вызывает не ласка, а применение силы (резкие сжимания ягодиц мужской рукой) и даже причинение боли. Эта особенность (флагелляции) отмечена как в отечественной, так и в зарубежной медицинской литературе.

Наш анализ эрогенных карт показал, что в 177 случаях (44%) из 400 эта зона оказалась положительной, а у 15 женщин вызывала резкое половое возбуждение. Количество «?» здесь в 3 раза меньше, чем при выяснении эрогенного показателя поясницы и крестца. Наряду с этим в 34 случаях зона имела отрицательный характер, обусловленный в основном диапазоном приемлемости. ЭП +0,75.

*Пупок.* Как эрогенная зона пупок занимает среднее место. У 56 женщин (24%) он явился положительной зоной, в 7 случаях давал резкое возбуждение, 52 женщины оставались совершенно равнодушными к поцелую пупка. 15 женщинам поцелуи пупка были неприятны, из них двум — противны. Здесь очень большое число вопросительных знаков — 237 (57,2%). ЭП +0,75.

*Низ живота* является довольно выраженной эрогенной зоной. У 169 женщин эта зона явилась положительной, хотя резко выраженный характер она имела только у 15 женщин. 57 женщин были равнодушны к ласкам низа живота. Процент вопросительных знаков хотя и заметно меньше, чем при исследовании пупка как эрогенной зоны, но все же очень велик — вопрос поставили 167 женщин (41,7%). Отрицательный характер эта зона имела только у 7 женщин (1,7%). ЭП +1,04.

*Клитор.* Эрогенная роль клитора широко известна. В русском языке он носит название «похотник». ЭП клитора +1,96. У 321 женщины (80,2%) он явился положительной зоной, причем в 176 случаях (44%) любое прикосновение к нему вызывало резкое половое возбуждение. Наряду с этим необходимо отметить, что 32 женщины оставались совершенно равнодушными к любому раздражению клитора.

Раздражается он различными способами: руками и ртом при предварительных ласках и петтинге (K. Dietz, P. Hesse), мужским половым членом при половом акте. Раздра-

жение клитора ртом (cunnilingus) некоторые мужья применяют как добавочную меру, если жена во время полового акта не успела получить оргазм.

20 женщин имели в своих картах пометки «?». Это в основном женщины, страдающие вагинизмом. Многие не дают мужьям не только ласкать свои половые органы, но даже прикасаться к ним. В разделе вагинизма мы приведем пример А. Ц., которая была так воспитана, что никогда не дотрагивалась до своих половых органов, даже при подмывании. В 27 случаях любое прикосновение к клитору было неприятно, а в 4 из них даже противно.

Mantegazza справедливо утверждал, что клитор подобно пенису при эрекции увеличивается в размерах. A. Moll категорически это отрицал и считал, что клитор в отличие от мужского полового органа при возбуждении не меняет своей величины. Мы считаем это недоразумением. Эрекция клитора выражена, конечно, значительно меньше, чем эрекция пениса. В некоторых случаях при маленьких размерах клитора это увеличение мало заметно. Величина клитора еще более вариабельна, чем величина пениса. Чем крупнее клитор, тем заметнее его тумесценция и увеличение объема при эрекции.

Величина клитора в половой характеристике женщины заметной роли не играет. По данным W. Masters и V. Johnson, во время эрекции ствол клитора постоянно реагирует увеличением своего диаметра, удлинение же его они наблюдали менее чем в 10% случаев.

Абсолютное же отсутствие тумесценции бывает лишь у некоторых фригидных женщин. H. Rohleder описал «клиторизм» — длительное и болезненное напряжение клитора (аналогично приапизму у мужчин), развивающееся у некоторых женщин в основном на почве чрезмерной мастурбации.

*Малые половые губы, вход во влагалище и нижняя его часть* являются важнейшей частью полового аппарата женщины для получения оргазма. В какой бы позиции ни происходил коитус, мужской половой орган не может миновать это место.

Дифференцировать свои ощущения, относящиеся к средней части влагалища, во время полового акта женщина не может, поэтому мы эту часть не учитывали как отдельную эрогенную зону.

Поскольку пещеристые тела, помимо клитора, расположены и у входа во влагалище в области малых половых

губ (labiae pudendae minores, nimphae), логично, что это место должно являться мощной эрогенной зоной. Наш анализ это полностью подтвердил, но мощность этой зоны, как видно из табл. 2, несколько уступает клитору (см. влагалищный оргазм).

Так, из 400 женщин у 309 раздражение этой зоны вызывало положительные эмоции, а у 97 из них — сильное возбуждение до оргазма (влагалищный оргазм). У 41 женщины зона была индифферентна и лишь 26 пациенткам раздражение интроитуса было неприятно. ЭП +1,33.

*Шейку матки* при анализе мы будем разбирать вместе с характеристикой заднего свода — их характеристики почти идентичны. Многие женщины не могут дифференцировать, получает раздражение шейка матки или задний свод.

Шейка матки — одна из мощных эрогенных зон. Раздражение во время полового акта шейки матки у 151 женщины (37,7%) вызывало положительные эмоции, а у 101 (25,2%) — резкое возбуждение, часто заканчивающееся получением цервикального (маточного) оргазма.

Wernich посвятил специальную статью состоянию шейки матки во время коитуса. Он считает, что эрекция нижнего отдела матки при половом возбуждении должна быть приравнена к напряжению полового члена у мужчины и является существенным, а может быть, даже главным моментом для оплодотворения.

Вместе с тем в этой зоне очень часто встречаются вопросительные знаки — 142 случая (35,5%). Это либо женщины, страдающие вагинизмом, где коитуса не было вообще или, в лучшем случае, он был поверхностным, либо случаи, когда женщина заявляет, что она не понимает, дотрагивается ли муж до шейки матки или нет. В некоторых случаях дело заключается в импотенции мужа, в других — в неподходящем положении женщины при половом акте, когда пенис либо проходит мимо шейки матки, либо не достигает последней.

Эта зона характерна и тем, что она очень часто носит отрицательный характер (90 женщин — 22,5%), когда прикосновение к шейке матки не только неприятно, но даже болезненно и противно. Это в большинстве своем женщины с хроническими воспалительными процессами гениталий.

Являются ли шейка матки и клитор своеобразными конкурентами в получении оргазма или работают синхронно, покажет анализ их соотношения (табл. 7).

*Таблица 7*

**Соотношение эрогенности клитора и шейки матки**

| Шейка матки (ЭП+1,11) | Клитор (ЭП+1,96) | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 95 37,6% | +3 | +2 | +1 | 0 | ? | А-1 | В-2 | С-3 | Всего |
| +3 | 70 | 16 | 7 | 2 | 1 | 4 | 4 | — | 101 |
| +2 | 14 | 15 | 5 | 2 | 1 | — | — | — | 37 |
| +1 | 4 | 4 | 3 | 1 | — | 1 | — | — | 13 |
| 0 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | — | 17 |
| ? | 47 | 40 | 15 | 15 | 13 | 10 | 1 | 1 | 142 |
| А-1 | 33 | 19 | 8 | 9 | 3 | 5 | — | — | 77 |
| В-2 | 3 | 5 | 2 | — | — | 2 | — | — | 12 |
| С-3 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 |
| Всего | 176 | 104 | 41 | 32 | 20 | 23 | 3 | 1 | 400 |

Как видно из табл. 7, в 149 случаях связи эрогенности клитора и шейки матки не выявлено. Из оставшихся 251 карты в 95 случаях (37,6%) эрогенность обеих зон оказалась одинаковой, у 115 женщин (45,8%) клитор оказался более эрогенным и только у 41 женщины (16,3%) шейка матки была эрогеннее клитора.

*Анус.* Область промежности и заднего прохода с древних времен считалась очень мощной эрогенной зоной. Этого же мнения придерживаются и многие современные сексологи. Встречаются женщины, обладающие ректальным и промежностным оргазмом.

В основном широкое пользование этой эрогенной зоной характерно для южных и восточных стран. Так, в Индии очень часто при половой близости муж добавочно раздражает пальцем область заднего прохода или даже вводит палец в прямую кишку. Известно, что на острове Сифносе (один из Цикладских островов) в древности и мужчины и женщины онанировали, вводя палец в задний проход (H. Rau, Rosenbaum). Г. С. Васильченко наблюдал женщину, у которой вне зависимости от длительности фрикций оргазм не наступал до тех пор, пока мужчина не вводил ей палец в анальное отверстие.

У обследованных нами женщин лишь в небольшом чис-

ле случаев отмечалось использование заднего прохода для заключительной фазы полового акта с целью предохранения от беременности (вместо coitus interruptus).

Только у 98 женщин из 400 прикосновение к заднему проходу вызывало положительные эмоции, у 11 из них возбуждение было настолько сильным, что иногда приводило к ректальному оргазму. 108 женщин (27%) оставались совершенно равнодушными к раздражению ануса, а в 128 случаях (32%) был поставлен вопросительный знак.

Кроме того, эта зона очень часто имеет выраженный отрицательный характер. В табл. 2 это единственная зона, имеющая отрицательный ЭП (—0,37). Для 126 женщин (31,5%) прикосновение к заднему проходу было крайне неприятно и даже противно, а иногда и болезненно. В большинстве случаев это были женщины, страдающие геморроем. Иногда равнодушное отношение сменялось отрицательными эмоциями после попыток мужа совершить ректальный коитус.

*Внутренняя поверхность бедер,* как видно из табл. 2, является довольно выраженной эрогенной зоной. У 230 женщин (57,5%) эта зона носила положительный характер, но сильное возбуждение от поглаживания этой зоны наступало только у 17 женщин. Оставались равнодушными к ласкам этой зоны 105 женщин (26,2%), 59 обследованных сообщили, что эту зону им никогда не ласкали. Только для шести женщин, страдающих вагинизмом, дотрагивание до внутренней поверхности бедер было неприятно, так как вызывало у них страх перед новой болезненной попыткой совершить половой акт.

В последние годы мы добавочно проанализировали некоторые зоны, упоминающиеся в художественной литературе. Количество этих наблюдений пока меньше, чем в основной группе. Как видно из табл. 8, хотя ЭП всех добавочных зон довольно высок, используются они не часто.

Л. Я. Якобзон цитирует «Науку поцелуя» V. du Sosseg: «У всякой женщины имеется в том или ином месте самая чувствительная точка, где поцелуи, как и ласка, будут наиболее страстными; надо искать и найти это чувствительное место, размер которого иногда не больше рта, который целует». Расположение же этой «самой чувствительной точки» бывает иногда очень своеобразно: А. М. Свядощ наблюдал пациентку, у которой самой эрогенной зоной была правая подколенная ямка. У одной нашей больной она занимала левую параспинальную линию.

*Таблица 8*

**Добавочные эрогенные зоны**

| Зона | Кол-во наблюдений | +3 | +2 | +1 | 0 | ? | А-1 | В-2 | С-3 | ЭП | «?», % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Локоть | 210 | 2 | 2 | 15 | 24 | 166 | 1 | — | — | 0,55 | 79 |
| Подлоктевая ямка | 210 | 2 | 6 | 23 | 17 | 162 | — | — | — | 0,85 | 77 |
| Колено | 180 | 5 | 5 | 11 | 24 | 134 | 1 | — | — | 0,72 | 74 |
| Подколенная ямка | 180 | 2 | 4 | 11 | 17 | 145 | 1 | — | — | 0,68 | 80,6 |
| Пальцы ног | 130 | 5 | 2 | 3 | 13 | 106 | 1 | — | — | 0,87 | 81,5 |

К добавочным эрогенным зонам можно отнести и темя (С. С. Либих), а также волосы на голове. Потягивание, накручивание, перебирание волос возбуждает как мужчину, так и женщину. Манипуляции с волосами, носящей патологический характер (трихотиллапсия), уже давно придается определенное сексуальное значение.

В. Б., 24 года, своеобразно пансексуальна — более 30 зон имеет ЭП +3: рот и шея спереди +2; молочные железы +1; соски +3; пальцы рук +1; пальцы ног +3. Наряду с этим шейка матки и задний свод — А-1 из-за болезненности (был воспалительный процесс) Любимая позиция коитуса — коленно-локтевая с поглаживанием и поцелуями всего позвоночника и межлопаточного пространства.

H. Rohleder приводит уникальный случай, где 30-летняя девица возбуждалась только тогда, когда попугай клевал ее в лоб.

Постоянное или временное выключение той или другой эрогенной зоны, а также значительное снижение ее интенсивности называется эктопией эрогенной зоны. Она может быть одиночной и множественной. Особенно часто эктопия встречается у истеричных женщин, склонных к развитию местных анестезий. Перенос эрогенной зоны, возникновение ее в необычном месте поверхности тела женщины носит название гетеротопии эрогенной зоны. Внушение в гипнотическом состоянии может повлиять на интенсивность той или иной эрогенной зоны, однако на относительно короткий срок. По-видимому, определенное влияние на эрогенные зоны могут иметь самовнушение и аутогенная тренировка.

Следует отметить неправильность представления о том,

что ласки — это лишь физическое (механическое) раздражение эрогенных зон. В действительности каждая ласка представляет собой психофизиологическое явление. Она имеет психологическое, личностное содержание, иногда выражаемое в символической форме. В рисунке ласки, в ее механизмах отражаются социокультурные, исторические, этнографические факторы, а также личностные ценности, установки и особенности человека.

**Значение эрогенных зон для семейных отношений.** Таким образом, все сексологи, как наши так и зарубежные, согласны с тем, что муж обязан знать эрогенные зоны своей жены. Исключение составлял только R. Kraft Ebing, который, будучи воспитан в духе викторианства, советовал врачам воздерживаться от рекомендаций мужу пользоваться эрогенными зонами. Совершенно непонятно, почему Л. Я. Мильман в своей монографии разделяет эту точку зрения.

В некоторых случаях показатели отдельных эрогенных зон были заполнены дважды — для мужа и друга, с которым идет параллельная половая жизнь. Часто эти сексуальные характеристики резко отличались друг от друга. Для анализа мы брали в каждой зоне наиболее положительный вариант.

По свидетельству Moraglia, у одной женщины, по ее собственному признанию, было на теле 14 различных мест, раздражение которых вызывало у нее сильное половое возбуждение. По нашим данным, такая пансексуальность не является большой редкостью. За последние только 3 года мы наблюдали 5 женщин, имеющих не менее 14 резко выраженных эрогенных зон.

У одной нашей пациентки, страдающей резко выраженным вагинизмом, все эрогенные зоны, расположенные спереди (рот, молочные железы, половые органы), имели резко выраженные отрицательные показатели, а зоны, расположенные сзади, все, хотя и слабовыраженно, были положительными.

Ввиду такого индивидуального для каждой женщины расположения эрогенных зон одной из важнейших задач обоих супругов является найти эти зоны и в дальнейшем пользоваться ими перед каждым половым сношением.

W. Liepmann подчеркивает, что на человеческом теле нет такого места, которое не могло бы действовать эрогенно, а у некоторых людей даже являться главной зоной воз-

буждения. Поэтому в случае половой холодности следует настойчиво искать местоположение таких зон. Использование этих участков в подготовительном периоде может неожиданно превратить половую холодность в сильное возбуждение и страстность.

W. Stöckel пишет о том, что лечение половой холодности — это «путешествие, предпринимаемое для открытий в области эрогенных зон», и советует мужу, имеющему холодную жену, продолжать эти поиски до тех пор, «пока он не найдет тех мест или того способа сношения, который возбуждает у его жены половое влечение и вызывает оргазм». С этим мнением W. Stöckel и W. Liepmann мы, так же как и большинство современных сексологов (Л. Я. Якобзон, Г. С. Васильченко, Н. В. Иванов, А. М. Свядощ, E. Kehrer, M. Vaerting, W. Ribinson, G. Merzbach), полностью согласны. M. Vaerting пишет: «Только те мужчины имеют право на отцовство, которые в состоянии настолько возбудить женщину в половом отношении, чтобы она во время коитуса достигла максимально сладострастного ощущения». W. Robinson считает, что даже незначительные указания мужу на эрогенные зоны могут превратить холодную «бесполую» жену в нормальную и даже страстную женщину.

Конечно, каждый муж должен знать эрогенные зоны своей жены и умело ими пользоваться во время предварительных ласк, но, как правильно указал Н. В. Иванов, не все зоны у той или иной женщины включаются в границы диапазона приемлемости, и если муж, не считаясь с женой, переходит границы этого диапазона, он вносит этим тормозящее влияние, могущее повести к срыву и развитию фригидности. Следует также отметить, что с течением времени и при тактичном поведении мужа диапазон приемлемости женщины обычно постепенно расширяется.

С другой стороны, неправильное воспитание у некоторых женщин чрезвычайно сдерживает диапазон приемлемости, и тогда врач должен, согласно советам С. И. Консторума, разъяснить больной, что «раз они любят друг друга, то в этой любви им все позволено» (Н. В. Иванов, А. П. Слободяник). В настоящее время при работе в семейной консультации нам (З. Е. Анисимова) нередко приходилось видеть и обратное соотношение диапазона приемлемости — более широкий диапазон у женщины и более узкий и ригидный — у мужчины, особенно если муж моложе жены.

По мнению А. П. Слободяника и G. Merzbach, женщина сама должна сообщать мужу все, что ей необходимо для создания оптимальных взаимоотношений.

**Эмоционально-эрогенная подготовка.** Первая фаза коитуса заключается в эмоционально-эрогенной подготовке женщины, в возбуждении у нее желания близости. Достигается это предварительными ласками, раздражением специфических для этой женщины эрогенных зон.

К сожалению, многие мужья считают предварительные ласки излишней сентиментальностью и часто начинают коитус, как только у них самих возникает эрекция, совершенно не интересуясь сексуальными переживаниями женщины.

Большинство девушек, мечтая о браке, видят в нем ду́ховную сторону. Телесные ощущения, физиологические процессы у них на втором плане. У многих же мужчин преобладает конкретное стремление к детумесценции. Сталкиваясь с этим на первых шагах семейной жизни, молодая девушка чувствует себя оскорбленной и разочаровывается в своих мечтах. Это разочарование является одной из частых психогенных причин половой холодности.

Мирка М. Климова-Фюгнерова в своей книге «Для женщин» пишет о том, что бестактность партнера, бесцеремонно добивающегося полового сношения без предварительных проявлений ласки и нежности, которые подготавливают женщину к эротическому возбуждению, ведет к сексуальной холодности и даже к отвращению.

К сожалению, мужчины часто забывают, что в браке прежде всего должны быть любовь, уважение, вежливость и внимание (сексуальный этикет). Муж и в половой жизни должен быть крайне внимателен к жене. R. Neubert пишет: «Муж в постели не должен засыпать раньше жены и просыпаться после нее, а тем более недопустимо после половой близости отвернуться и захрапеть».

**Отсутствие эмоционально-эрогенной готовности.** Большинство женщин (по нашим данным, более 70%) начинает испытывать оргазм не сразу после начала половой жизни, а через некоторый, иногда довольно длительный промежуток времени: в это время у женщины имеется «ретардационная фригидность», которая не является патологией.

По S. Schnabl, этот отрезок времени длится в среднем около 3 лет (по нашим данным — 2,62 года). У женщин, начавших половую жизнь в более позднем возрасте, период

ретардационной фригидности несколько сокращается. По S. Schnabl, за последние годы период ретардационной фригидности стал сокращаться и у молодых.

Л. Я. Якобзон приводит высказывание Elberskirchen о том, что половое возбуждение вызывается у женщины ухаживанием за ней. Так как в браке мужья редко ухаживают за женами, то это благоприятствует развитию половой холодности. Того же мнения придерживается и R. Neubert. В своей «Новой книге о супружестве» он пишет: «Муж должен ухаживать за женой не только до брака, но и в семейной жизни». В другом месте он восклицает: «Как страдают жены от неумения мужей любить!»

Тодор Бостанджиев (Болгария) и З. А. Рожановская считают, что вообще нет «холодных» женщин, а есть женщины, «несогретые вниманием и заботой мужчины, его лаской и нежностью». Такое поведение мужа в браке часто зависит не только от его «эгоизма и грубости», но часто и от полного незнания вопросов половой жизни и брака.

*Глава 8*

## ПЕТТИНГ (НЕККИНГ)

Эрогенными зонами широко пользуются не только в обычной половой жизни, но и при петтинге. Под петтингом принято понимать всевозможные любовные ласки, вызывающие резкое возбуждение, а иногда доводящие обоих партнеров или одного из них до оргазма. Петтингом пользуются женщины, чтобы предохранить себя от нежелательной беременности, а в некоторых случаях и девственницы, по различным причинам не желающие дефлорации.

По степени диапазона ласк различают легкий, поверхностный и глубокий петтинг. К легкому поверхностному петтингу можно отнести любой флирт, кокетство, объятия, поцелуи, раздражение грудных желез. К глубокому петтингу относятся уже контакты с половыми органами.

По Г. С. Васильченко, под петтингом понимают преднамеренное вызывание оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего сексуального контакта, исключающее непосредственное соприкосновение гениталий.

Поверхностный петтинг только резко возбуждает и да-

леко не всегда доводит до оргазма. Г. С. Васильченко относит такое положение не к петтингу, а к фрустрации (frustratio — обман, неудача), но ведь и глубокий петтинг тоже не всегда оканчивается оргазмом. Несмотря на желание одного из партнеров получить оргазм, дело ограничивается также фрустрацией, но от этого все манипуляции не перестают быть глубоким петтингом.

Петтинг в настоящее время распространен в тех странах, где в официальном браке крайне высоко ценится анатомическая девственность молодой девушки, хотя бы и развращенной. К таким странам в первую очередь надо отнести Соединенные Штаты Америки. По данным A. Kinsey, в США от 18 до 32% (а по данным других авторов, значительно больше) молодежи занимается петтингом со своими товарищами по учебе. Наибольшее распространение петтинг имеет в возрасте от 18—25 лет, достигая максимума в 21—25 лет. По данным этого автора, 91% женщин США в возрасте до 25 лет пользовались петтингом до брака.

По технике петтинга среди американской молодежи A. Kinsey различает следующие формы: поверхностный поцелуй, глубокий языковый поцелуй, раздражение груди, поцелуй и сосание сосков, ручное возбуждение женских гениталий, ручное раздражение мужских гениталий, оральный контакт с женскими гениталиями, оральный контакт с мужскими гениталиями, двусторонний орально-генитальный контакт (одновременно cunnilingus и minette), известный под названием «amour croisé», французская любовь и «69» (В. М. Бехтерев, 1914; D. Mantegazza).

Последнюю фазу петтинга, по A. Kinsey, — поверхностный коитус с девственницей без дефлорации — Г. С. Васильченко исключает из петтинга, относя его к так называемому «вестибулярному коитусу».

Таких развращенных девушек, которые позволяют себе любую ласку, кроме нормального коитуса, принято называть полудевами (demivierge). Demivierge впервые описана Hans v. Kalenberg в его рассказе «Nixchen», а термин demimond (полусвет) приписывают Александру Дюма-сыну.

По данным анкеты С. Я. Голосовкера, 77% анкетированных прибегали к петтингу, из них 19% к глубокому, а по данным Д. Н. Желтакова, таких полудев было 24,7%. Эти полудевы считали, что они остаются невинными девуш-

ками. Однако сохраняя лишь анатомическую девственность, они на самом деле переживали все перипетии страсти, теряли чистоту и свежесть чувства, для них неизвестное — в смысле чувствований и переживаний — становилось известным, испытанным.

A. Kinsey считает спорным широкое применение петтинга для «будущего счастья» в браке. Среди наших пациенток (В. И. Здравомыслов) многие девушки, лечившиеся от меналгий, рассказывали об аналогичных похождениях.

В анкете С. Я. Голосовкера одна женщина, живущая половой жизнью, написала, что она «ставит в основу своей жизни издевательство над мужчинами». Приводим аналогичное наблюдение.

Т. М., 22 года, бухгалтер, очень красивая, высокая, пикнического телосложения, оволосение по мужскому типу. Менструировала с 15 лет, по 3—4 дня, через 28 дней, безболезненно. При осмотре девственная плева не нарушена, отверстие овальное, размером 0,5×0,8 см, ректально — норма. Онанизм отрицает. Несколько лет усиленно занималась петтингом «со многими мужчинами», допуская ласки, кроме вестибулярного коитуса (так как опасается, что ее дефлорируют). Ей доставляет большое удовольствие доводить мужчин до исступления, а потом смотреть на них и смеяться. Сама оргазм получает.

Последние 2 года отмечает резкую боль при менструациях, которые стали обильными и длительными (до 10—12 дней), сопровождаются сильными головными болями, рвотой и резкой слабостью. Отмечает болезненность и уплотнение обеих молочных желез. Правая молочная железа конической (остроконечной) формы, при надавливании из соска появляется небольшое количество молозива. Левая грудь заметно крупнее, полушаровидная, при надавливании — выраженная галакторея — молозиво стекает обильно, струйкой (при петтинге в основном использовала ее). Очевидно, вторичная меналгия и дисфункция молочных желез объясняется нимфоманией, злоупотреблением петтингом и спортивным мессалинизмом.

В странах же, где «сексуальная революция» выражена более резко, где анатомическая девственность высоко не котируется и на половую жизнь молодежи общество смотрит проще (как, например, в Швеции), широко распространен «пробный брак». Если такой пробный брак оказывается удачным — он оформляется официально, если же девушка и юноша вскоре разочаруются друг в друге — они расходятся, девушка находит себе другого «пробного мужа», и ей никто (ни муж, ни родители) не ставит это в упрек. Этот обычай наглядно описан Геннадием Фишем в его «Путешествиях по странам Скандинавии».

# *Глава 9*
# ПОЛОВОЙ АКТ

**Общие сведения.** В 21—35 лет мужчина максимально активен в сексуальном отношении, максимально изобретателен в обеспечении красочности соответствующих переживаний. В более зрелые годы мужчина, оставаясь активным в сексуальном влечении, постепенно приближается к упрощенному стандартному типу сексуального поведения.

По данным A. Kinsey с сотрудниками, в США женатые мужчины в возрасте 16—20 лет имеют в среднем 3,9 оргазма в неделю, 30 лет — 2,9 оргазма в неделю, 50 лет — 1,8 оргазма в неделю и 60 лет — 0,9 оргазма в неделю.

Необходимо отметить, что любой орган человеческого организма при длительном бездействии начинает снижать свою функцию, в то же время это снижение обычно носит временный и обратимый характер. В концу XIX столетия была опубликована теория O. Effertz (1894), который подсчитал, что каждый мужчина в течение всей своей жизни может иметь 5400 эякуляций любой формы: от ночных поллюций и онанизма до коитуса, поэтому во избежание импотенции необходимо расходовать их как можно экономнее. Несмотря на явную механистичность этой теории, и в XX веке нашлись ее последователи, советующие даже молодым людям длительное воздержание (школа И. М. Порудоминского).

Большинство советских ученых эту теорию не разделяют. Так, Н. В. Иванову приходилось наблюдать пациентов со снижением полового влечения в результате многолетнего полового воздержания. Г. С. Васильченко подвергает эту теорию справедливой и резкой критике, доказывая ее абсурдность цифровыми данными о том, что раннее начало половой жизни и даже допущение «эксцесса» не повели к ускорению наступления импотенции. В группе больных, где были ранний приход первой эякуляции, раннее начало половой жизни, весьма интенсивная половая жизнь, продолжительность нормальной половой деятельности (от первой эякуляции до начала полового расстройства) составила 40,5 года, а в другой группе с поздним началом половой жизни и «экономным» расходованием половой энергии — только 10,7 года, т. е. импотенция наступила почти в 4 раза раньше. Недопустим механический подход к этой проблеме, стремление доказать якобы имеющее место равенство поло-

вых возможностей мужчин. Необходим индивидуальный подход и к здоровым, и к каждому больному.

Конечно, механистически думающие авторы могут впасть в другую крайность и решить, что Г. С. Васильченко для профилактики импотенции рекомендует как можно раньше начинать половую жизнь и иметь возможно более интенсивную половую жизнь.

В группе мужчин с ранним началом половой жизни у всех больных зарегистрировано повышенное содержание андрогенов, которое и вызвало раннюю первую эякуляцию. Половой потенции таких мужчин хватало на более длительный срок, а эндокринная система у этих больных была более совершенна. Меньшим содержанием гормонов и более слабой эндокринной системой объясняется не только позднее начало половой жизни, но и ранняя импотенция больных другой группы.

Отсюда можно сделать практический вывод: больным группы с ранним началом половой жизни в основном показана психотерапия, так как если наладится их нервнопсихическое состояние, то и мощная эндокринная система вновь заработает с прежней силой, а в других группах чаще придется прибегать к добавочному гормональному лечению.

**Техника полового акта.** Неумение пользоваться адекватной техникой полового акта может привести к сексуальным нарушениям, чаще всего в виде сексуальных дисгармоний, а иногда приводит к аноргазмии женщины, фригидности, вагинизму и отвращению к половой жизни.

Это довольно часто объясняется неосведомленностью обоих или одного из партнеров в элементарных вопросах половой жизни, в частности в технике полового акта, включающей 4 основных момента: а) положение мужа и жены при половом акте, позиции полового акта; б) интроекция — введение полового члена во влагалище; в) фрикционный период; г) организация и обеспечение женского оргазма.

Техника коитуса занимала умы сексологов еще в глубокой древности. Многие современные сексологи (Ив. Петров и Т. Бостанджиев, R. Neubert, J. Knoblochova и др.) часто цитируют древнеиндийские книги «Камасутра» Ватсьяяна, написанную 2000 лет тому назад, и «Анамгаранда Калианомата», написанную в конце XV столетия.

**Позиции партнеров.** В «Анамгаранде» приводится подробное описание 32 различных позиций для полового акта. Необходимо сказать, что общепринятая в Европе позиция, единственная разрешенная римско-католической церковью,

когда муж и жена обращены лицом друг к другу, и жена лежит под мужем, является, по мнению восточных авторов, «наименее удачной, наименее физиологичной». Эту позицию называют римско-католической, церковной, а также «нормальным положением», однако, по мнению восточных авторов, она неудачна для дефлорации, в то время как последняя при сношении сзади может быть совершенно безболезненной.

F. Fleck и M. Fleck расценивают «нормальную» позицию как «современное искусство», так как, по их мнению, наиболее старинной является позиция, когда мужчина лежит на спине, а женщина сидит на нем верхом на корточках и сама делает коитальные движения. Они же пишут, что у человекообразных обезьян во время коитуса живот самца прилегает к спине самки (1974).

Если в Европе при половом акте принята в основном «нормальная поза», то на других континентах каждая народность, иногда даже каждое племя имеет свою позицию.

Так, например, в Африке народности фульбе, вокка и дурфу восприняли у миссионеров «европейскую позицию». «Эфиопская позиция», помимо Эфиопии, принята у народностей шамба, бассари, байа, наджи и акпоссо. Эфиопская позиция состоит в следующем: мужчина сидит на корточках. Женщина руками обхватывает затылок мужчины, а ноги ее лежат на его пояснице.

Акпоссо несколько изменили эфиопскую позицию: ноги женщины подняты еще выше и лежат на плечах у мужчины. На боку имеют сношение племена бафиоте, бум и мазан. Народность шамба стала перенимать у фульбе «европейскую позицию».

В Судане коитус происходит стоя. Женщина нагибается вперед, опираясь руками на колени, муж находится сзади. В Занзибаре муж лежит на спине, а жена сидит верхом. Наиболее разнообразны позиции в Индии. Так, у племени тандан мужчина всегда сверху женщины. В высших кастах Индии принято, чтобы муж был под женщиной. Большинство же племен Индии предпочитает коитус на боку сзади (д—в—б).

Наиболее полно разнообразные позиции полового акта приводит Van de Velde. Он различает positio obversa, когда партнеры во время коитуса обращены животами друг к другу, и positio aversa, когда живот мужчины обращен к спине женщины. В positio obversa он различает следующие положения: 1. normale haltung — «нормальное» положение;

2. strecklage der frau — вытянутое положение женщины (стоя); 3. beugelage der frau — согнутое положение жены; 4. rëiterhaltung der frau — положение женщины верхом; 5. sitzhaltung — сидячее положение; 6. seitenlage — положение на боку.

В positio aversa он различает: 7. bauchlage — положение на животе; 8. seitenlage — положение на боку; 9. knielage der frau — коленное положение женщины; 10. sitzhaltung — сидячее положение.

C. v. Enbe Boas считает целесообразным заменить термин positio obversa термином vis-à-vis, a positio aversa — термином a tergo. Он также различает 10 положений при коитусе: 1) стоя (совершенно вытянувшись или согнувшись); 2) на корточках; 3) на коленях; 4) сидя и 5) лежа. Каждое из этих положений может быть vis-à-vis или a tergo.

Коленно-локтевое положение женщины обычно называют à la vache. Надо заметить, что некоторые авторы (П. И. Ковалевский) термин a tergo употребляют для обозначения pedicatio mulieris (анальный коитус с женщиной).

J. Knoblochova, заведовавшая супружеским диспансером, в своей известной книге «Любовь, супружество и ты», переведенной почти на все европейские языки, цитирует древнеиндийские инструкции по половому вопросу. Так, имется 11 различных способов, когда жена лежит на спине, меняя положение нижних конечностей — поднимая ту или другую ногу до прямого угла и выше, к голове. Муж также принимает различные положения.

Некоторые способы, когда жена лежит на боку и обращена к мужу лицом или спиной, в определенном смысле являются наиболее подходящими при беременности и во всех тех случаях, когда необходимо считаться со здоровьем жены. Староиндийские инструкции говорят о трех положениях на боку. В книге приводятся 10 способов коитуса сидя и 3 — стоя, кроме того, 2 в положении жены на животе и 3 — в положении мужа на спине.

J. Knoblochova пишет о том, что если супруги не находятся под сильным влиянием излишних запретов, они могут испробовать большее или меньшее число из указанных 32 положений. По ее мнению, «каждой паре лучше всего составить свою собственную книгу любви, как им приятнее и удобнее».

R. Neubert пишет: «Каждая семья должна решать этот

вопрос сама для себя». Мы полностью разделяем мнение указанных авторов.

Советский сексолог Г. С. Васильченко для кодирования различных положений при половом акте использует следующий шифр:

вв-в (вентро-вентрально, мужчина занимает верхнее положение);

вв-н (вентро-вентрально, мужчина занимает нижнее положение);

вв-б (то же, партнеры располагаются на боку);

вд-в (вентро-дорзально, мужчина занимает верхнее положение);

вд-н (вентро-дорзально, мужчина занимает нижнее положение);

вд-б (то же, партнеры располагаются на боку);

вд-с (то же, партнеры располагаются сидя).

Поскольку в этом шифре автор судит с «мужских позиций», все его варианты начинаются с букв «в», так как у мужчин «д» само собою полностью исключается. Для женщин эти варианты могут начинаться как с «в», так и с «д».

| **для мужчин** | **для женщин** |
|---|---|
| вв-в | вв-н |
| вв-н | вв-в |
| вв-б | вв-б |
| вд-в | дв-н |
| вд-н | дв-в |
| вд-б | дв-б |
| вд-с | дв-с |

Автор пытался объединить 32 индийских положения в 7 групп. Для портативности шифра эту попытку можно признать целесообразной, но осуществима она недостаточно. Так, в приведенном шифре наряду с выделением групп вд-н (для мужчин) и дв-в (для женщин), которые почти никогда не встречаются, отсутствуют такие часто встречающиеся позы, как вв-с (вентро-вентрально, сидя). Нет также шифра ни для одной позиции стоя, ни для положения женщины à la vache, ни для некоторых других.

При coitus à posteriore большое значение имеет высота промежности, которая иногда может резко затруднить половой акт или сделать его почти невозможным. Нами была измерена высота промежности у 200 женщин. Измерения производились линейкой или циркулем (табл. 9).

*Таблица 9*

| Число обследованных | Высота промежности, см | % |
|---|---|---|
| 1 | 1,5 | 0,5 |
| 23 | 2,0 | 11,5 |
| 34 | 2,5 | 17,0 |
| 78 | 3,0 | 39,0 |
| 39 | 3,5 | 15,5 |
| 18 | 4,0 | 9 |
| 4 | 4,5 | 2 |
| 2 | 5,0 | 1 |
| 1 | 7,0 | 0,5 |

Наиболее низкая промежность встречалась у рожавших и особенно у многорожавших женщин, а высокая — у некоторых нерожавших или у женщин, перенесших операцию пластики промежности по поводу опущения стенок влагалища.

Единственная женщина, имевшая промежность высотой 7 см, перенесла повторную (после рецидива) пластику промежности. Во избежание нового рецидива хирург сделал рукав влагалища настолько узким, а промежность настолько высокой, что совершенно лишил женщину возможности жить половой жизнью. Пришлось сделать специальное расширение вагинальными дилататорами системы В. И. Здравомыслова, а супругам с трудом приспосабливаться в позициях.

**Проблема «несоответствия» размеров половых органов.** Издавна многие врачи придавали большое значение соответствию величины половых органов мужа и жены.

J. Elberskirchen пишет, что «половые органы женщины должны представлять совершеннейший негатив мужского позитива, его полового органа, и наоборот». Такое идеальное положение бывает крайне редко, и потому мы согласны с Л. Я. Якобзоном, считающим эти рассуждения о «негативе и позитиве» в значительной степени преувеличенными.

В жизни иногда встречаются 2 варианта несоответствия размеров половых органов партнеров: пенис значительно объемистее узкого влагалища и еще более узкого интрои-

туса; пенис слишком мал для обширной полости влагалища и широкого входа в него.

При первом варианте главное затруднение встречается при входе во влагалище, так как сама влагалищная трубка обладает значительной способностью расширяться за счет расправления columnae rugarum и пенис, пройдя интроитус, уже редко встречает значительное препятствие. По Kirsch, это случается тогда, когда инфантильные девушки выходят замуж за мужчин колоссального сложения. Так как величина пениса далеко не всегда пропорциональна «колоссальному сложению», это надо принимать с некоторыми поправками.

Обычно терпение обоих супругов и осторожная тренировка (обязательно без намеков на грубость и насилие — иначе разовьется вагинизм) при хорошо смазанной растительным маслом или какой-нибудь анестезирующей мазью вульве быстро дают хорошие результаты. В некоторых случаях приходится прибегать к врачебной тренировке при помощи двустворчатых зеркал Куско. При чрезмерной длине пениса во избежание травмы мы рекомендуем пациенткам изменять позицию при половом акте, а именно: после введения полового члена во влагалище сдвигать ноги. Тогда часть его длины уйдет на расстояние от лобка до входа во влагалище. Особенно опасны позиции, ведущие к укорочению влагалища — чрезмерное поднятие ног и сидение верхом.

Приведем случай резко выраженного несоответствия. С нами поделился своим «горем» один молодой аптекарь. Это был человек довольно привлекательной внешности, лет 30, среднего роста и упитанности. Он мечтал о семейной жизни, но не имел близости с женщиной из-за страха «искалечить ее», так как обладал пенисом гигантских размеров. Мы пригласили его в акушерско-гинекологическую клинику. При осмотре пенис в спокойном состоянии был значительно массивнее, чем обычный половой член во время эрекции. Мы дали ему совет взять в жены рожавшую женщину, с которой, по всей вероятности, катастрофы не получится.

Через некоторое время при очередном посещении он радостно воскликнул:

— Поздравьте меня, я женюсь! Моя невеста артистка. Она сказала мне, что уже была 5 раз замужем.

— А сколько у нее было детей?

— Она не рожала, но я думаю, что, по всей вероятно-

сти, у нее влагалище уже достаточно широко. Я рассказал ей о величине своего пениса, она успокоила меня и сказала, что, наоборот, это неплохо.

Через два месяца он привел в клинику свою жену и со слезами на глазах сказал, что ничего не выходит. Его супруга оказалась довольно крупной блондинкой, 35 лет, нерожавшей, с влагалищем средней емкости. Все наружные половые органы были покрыты ссадинами, синяками, трещинами и корочками, ходила она с трудом из-за боли. Она рассказала: «Я на своем веку мужчин повидала достаточно, но о таких размерах даже не предполагала. Я люблю своего мужа, не хочу с ним разводиться, но ведь мы до сих пор не имели ни одного сношения. Одна пытка и адская боль!»

Один из консультантов предложил жену госпитализировать для пластической операции — продольного разреза с рассечением сухожильного центра (но с сохранением сфинктера заднего прохода) и с поперечным его зашиванием. Оба супруга категорически отказались от такой операции. Тогда им посоветовали на некоторое время полностью воздержаться от попыток к сношениям, пока не заживут все повреждения, а затем, смазывая вульву анестезирующей мазью, делать очень осторожные попытки к коитусу. Прошло еще несколько месяцев, и муж при встрече сказал: «У нас все наладилось! Но Вы оказались правы, советуя мне искать жену среди рожавших женщин!»

При вагинизме и некоторых других сексуальных нарушениях мы (В. И. Здравомыслов, З. Е. Анисимова) предлагаем пациенткам измерять величину пениса мужа в состоянии эрекции. Нас интересуют 6 размеров: 2 длины (общая и головки) и 4 окружности (головки, шейки, корпуса и корня). В зависимости от различной комбинации этих величин В. И. Здравомыслов различает 4 формы пениса: остроконечный, конический (по другим авторам — penis caninus — собачий), грибовидный — penis fungosus с очень массивной головкой, цилиндрический — penis cilindricus и бочонковидный. Для дефлорации наиболее удобен penis conicus, а наибольшее препятствие в этом случае представляет penis fungosus.

В большинстве случаев окружность головки бывает 12—12,5—13—13,5 см, редко меньше 12 и более 14 см.

Гиртль в своем «Руководстве по топографической анатомии» приводит пример кузнеца из Швейцарии Петра Перрода, пенис которого был толщиной с новорожденного

младенца. К сожалению, он не приводит точных измерений. Во всяком случае, такой объем пениса у здорового человека нам кажется невероятным. Не страдал ли этот кузнец слоновостью?

А. М. Свядощ дает длину пениса в состоянии эрекции от лобковой кости в среднем 10—15 см, редко — 20 см.

Мужья наших больных в большинстве своем имели длину эрегированного пениса от 15 до 20 см. Следовательно, длину пениса в состоянии эрекции менее 10 см можно считать недостаточной. Длина более 20 см в нашей стране, как и вообще в Европе, встречается редко.

Только у одной нашей пациентки, рожавшей женщины с разрывом заднего свода, муж имел длину пениса 22 см. А. С. Синицкий описал случай почти кругового отрыва сводов от шейки матки. Пенис партнера достигал 5 вершков (22,2 см).

Гиртль приводит случай коитуса в тюрьме, где женское отделение было отгорожено от мужского толстой железной решеткой. Коитус был совершен сквозь решетку, и женщина забеременела. После этого администрация поставила вторую решетку на некотором расстоянии.

H. Rother приводит пример одного парижского цирюльника, который в короткий срок трижды овдовел, так как все 3 его жены умерли от разрывов, полученных в первую брачную ночь. Он считает, что нельзя предположить, что все 3 женщины имели патологическое состояние тканей влагалища — очевидно, играла роль чрезмерная длина полового органа.

По А. М. Свядощу, не обнаружено каких-либо отличий длины пениса у различных народов. По литературным же данным, наиболее длинным пенисом обладают арабы. Там нередко встречается длина 25—30 и более сантиметров. Так, H. Rohleder приводит свидетельство каирского врача Lipa Bey, который утверждает, что в Египте нередко можно встретить пенис, достигающий величины предплечья среднего человека.

В древних индийских книгах «Камасутре» и «Анамгаранде» различают длину пениса: «зайца» — до 6 поперечных пальцев, «быка» — до 9 поперечных пальцев, «жеребца» — до 12 пальцев и «слона» — свыше 12 поперечных пальцев. Как известно, поперечный палец мужчины в среднем равен двум сантиметрам.

В XVII веке в Швеции специальным законом была установлена мера длины полового члена мужа (5 рейнских

дюймов) и всякое значительное отклонение могло вести к судебному приговору о неспособности его к брачной жизни, на основании которого жена могла требовать развода.

Второй вариант несоответствия половых органов партнеров встречается тогда, когда женщина имеет большую или даже нормальную емкость влагалища, а пенис мужа слишком мал. Необходимо учитывать, что мускулатура влагалища и его стенки имеют способность не только расширяться, но и сокращаться, и женщина, тренируя мышцы, может легко добиться полного обхвата и небольшого пениса.

Хуже дело обстоит при послеродовом нарушении целостности тазового дна и в первую очередь сухожильного центра. Даже при отсутствии видимых послеродовых разрывов прохождение головки ребенка через вульварное кольцо резко травмирует (растягивает) его мышцы, главным образом m. constrictoric cunni и mm. transversorum, играющие большую роль в механизме полового акта. Половая щель у таких женщин зияет, пенис при прохождении интроитуса не встречает обычного небольшого препятствия, само влагалище обширно и не может растянутыми стенками производить обхват пениса. На это обстоятельство указывал еще в древности Kalyana в своей «Смарра хасин вилк» («Ветви персика»), а в 1909 году — Bacura.

Хороший эффект в этих случаях оказывает гимнастика промежности, влагалищные спринцевания раствором жженых квасцов или другого вяжущего средства. Советуя пациентке спринцеваться квасцами (1 чайная ложка на литр теплой воды), необходимо предупредить женщину, что в теплой воде квасцы растворяются очень плохо и медленно. Кристаллы квасцов, попав на слизистую влагалища или шейки матки, могут произвести ожог. Поэтому их надо сначала растворить в 1 стакане крутого кипятка, в котором они быстро тают, и потом добавить 3 стакана кипяченой воды комнатной температуры.

Интересно высказывание F. Ecklung, работавшего в течение 30 лет полицейским врачом и осмотревшего несколько десятков тысяч половых членов у солдат и матросов Шведского военного флота: «Едва ли я ошибусь, утверждая, что у людей среднего роста половой член в совершенно расслабленном состоянии может быть у одних в пять раз больше, чем у других. Я не раз думал о повреждениях, которые может причинить слишком большой член в узком, коротком и ригидном рукаве».

Действительно, чрезмерно длинные половые члены таят в себе опасность разрыва заднего свода, вплоть до вскрытия брюшной полости. Clevers в своей «Medical Jurisprudence» приводит ряд случаев смерти женщин и детей от травм, полученных sub coitu. Он полагает, что при патологическом состоянии влагалища (недоразвитие, старческая атрофия, пороки развития) даже совершенно нормальный пенис может оказаться относительно большим.

Надо сказать, что у каждой женщины есть свой любимый стереотип мужчин. Если большинство женщин предпочитают половой член больших размеров, то некоторых, наоборот, привлекают небольшие размеры пениса. W. S. Kroger и S. Ch. Freed сообщают об одной такой женщине, которая испытывала сильнейшее удовлетворение только от коитуса с мужчиной, имевшим пенис очень маленьких размеров. Возможно, что в этом случае при получении оргазма превалировал психический компонент.

То же можно сказать и о твердости полового члена при эрекции. Многие женщины предпочитают «железную твердость», но встречаются женщины, которым чрезмерная твердость причиняет боль, и они, наоборот, получают большое удовольствие от сношения с обладателем не очень твердого пениса.

Во всяком случае, те женщины, которые вместо того чтобы как-то приспособиться к мужу (а это часто вполне возможно), начинают во время полового акта сетовать на недостаточные размеры или на недостаточную твердость пениса, совершают большую ошибку. Мужчины, особенно в пожилом возрасте, так же как и женщины, нуждаются в словесном поощрении, и если вместо слов любви и поощрения они слышат жалобы, то и без этого недостаточная эрекция может угаснуть совсем.

По нашему мнению (С. С. Либих), четкое функциональное несоответствие половых органов имеет место чаще всего при патологических состояниях влагалища (недоразвитие, пороки развития, заращение, рубцы и пр.). В большинстве случаев функциональные возможности влагалища велики и при надлежащей позиции партнеров, тренировке и осторожности достигается адекватное соотношение половых органов.

**Интроекция (Введение полового члена во влагалище).** Следует различать введение полового члена во влагалище женщины, жившей половой жизнью, и первое введение полового члена во влагалище девушки, сопряженное с дефло-

рацией (нарушением целостности девственной плевы или без нарушения). Особняком стоит вестибуляторный коитус, или половое сношение в преддверии (coitus ante portas). Имеются рекомендации о том, чтобы в обычной брачной жизни жена сама вводила половой член мужа во влагалище. При этом интроекция проходит более щадящим образом. Необходимо также иметь в виду возможное наличие слабо выраженного вагинизма, о котором женщина может даже не знать, но при котором интроекция болезненна. При поспешности, торопливости, неумении, а также при алкогольном опьянении мужа во время интроекции женщине могут быть нанесены механические травмы (иногда значительные). При резких перегибах полового члена такие травмы может получить и мужчина.

Остановимся на особенностях интроекции во время первого полового акта.

Дефлорация в буквальном переводе на русский язык — срывание цветка, а в переносном и общеупотребительном в медицине — лишение девушки девственности, разрыв ее девственной плевы (hymen). В греческом языке слово hymen имеет двоякое значение: 1) кожица, шкура; 2) в древнегреческой мифологии бог брака — Hymen, отсюда hymenaeus — брачная церемония. До Везалия (1514—1564) в медицинском лексиконе термина hymen не было (R. H. Barter, J. Jochelson). По сведениям H. A. Skinner, термин hymen, означающий мембрану, закрывающую вход во влагалище, впервые появился в Англии в 1615 году.

Отношение народов к гимену различно. У американских индейцев оно в основном отрицательное. Так, в Парагвае был обычай — при рождении девочки акушерка немедленно разрывала пальцем девственную плеву и восклицала: «Вот родилась женщина!» (В. К. Андреев). В Колумбии сама мать при рождении девочки разрушала ее девственную плеву, сопровождая эту процедуру и укорочением клитора (H. Feriz, 1963, 1967).

В некоторых странах девственная плева связана с различными мистическими предрассудками, а отдельные племена накладывают на нее «табу».

В ряде стран Африки и по сей день существует обычай зашивать вход во влагалище и вновь его открывать в день свадьбы девушки (F. Fritschek, 1961). Операции эти различны — от простого наложения швов до сложных пластических операций. H. Grimm приводит даже схему такой операции, производимой в Судане. В царствование римско-

го императора Тиберия (14—37 годы н. э.) существовал закон, запрещающий казнить девственницу. Палачу вменялось в обязанность перед казнью обесчестить ее.

В одних странах (США) гимен берегут как зеницу ока до брака, что способствует распространению петтинга, в других (Скандинавские страны) отношение к совершившейся дефлорации терпимое, что способствует распространению добрачных половых связей.

Дефлорация сопровождается болью различной интенсивности. В прошлые времена как сексологами, так и беллетристами интенсивность этой боли преувеличивалась. По нашим наблюдениям, боль часто является незначительной, однако переживание боли, ее личностная переработка может быть крайне тяжелой — это зависит от воспитания женщины, ее установок, личностных ценностей, ожиданий, от поведения мужа, его тактичности и т. д. Наблюдения показывают, что не только агрессивность и грубость мужа, но и наличие у него страха, неуверенности и неопытности также влияет отрицательно на переживание женщиной боли и всей дефлорации в целом.

**Грубость и цинизм мужа.** Отрицательным моментом в супружеской жизни является грубость и цинизм мужей, игнорирование ими стыдливости их жен. Это в некоторых случаях может переключить горячую любовь в непреодолимое отвращение к мужу и половой близости с ним. Л. Я. Якобзон справедливо писал о том, что изменяют скорее всего те жены, в которых мужья «убили чувство стыда».

**Особенности воспитания женщины.** Немаловажным обстоятельством является неправильное половое воспитание девочек, известное под названием «домостроя». В анкете, разработанной до революции Д. Н. Жбанковым, из 324 студенток 75 показали, что в их семьях применялись розги, в 87 семьях — другие физические наказания. Этот домостроевский уклад был основан на том, чтобы никакие сексуальные мысли не проникали в сознание женщины. Эти установки всячески поддерживались в сознании общества церковью.

Воспитанные в этом духе многие матери в свою очередь с детства внушали своим дочерям, что все связанное с половой жизнью пошло, грязно, неприлично, греховно. Это довольно часто встречается и сейчас. В некоторых случаях матери прямо внушали своим дочерям, что половая жизнь

крайне болезненна, а потерять «честь девушки» — позор для всей семьи.

Подобно нашему домострою такой образ мышления был широко распространен и в некоторых странах Запада. Так, особенно он охватил английское общественное мнение в царствование королевы Виктории. Некоторые авторы называли это воззрение «пуританским», другие — «иудейско-христианским». За последнее время взамен этих терминов все чаще употребляется термин «викторианизм» (E. M. Brecher, L. Schaefer, M. J. Scherfey).

По свидетельству Havelock Ellis, в эпоху царствования королевы Виктории в Англии мораль и право были крайне строги. Подавлялась всякая сексуальность — и мужская, и, особенно, женская. Взгляды на замужество, на половую близость были пуританскими. Брак имел целью только деторождение. О каком-либо ощущении блаженства, сладострастия или радости не могло быть и речи. У женщин не допускалось и мысли о существовании полового влечения. О нем нельзя было даже говорить и тем более его проявлять.

После смерти королевы Виктории в Англии наступила, по мнению ряда авторов, сексуальная революция, но, конечно, отголоски викторианизма еще живы в английском обществе.

Одним из последствий такого воспитания является то обстоятельство, что еще встречаются молодые женщины, которые считают всякое проявление чувственности при близости с мужем признаком «плохого тона», несовместимым с их «женским достоинством». Это отражается и на поведении женщины в различные периоды полового акта. Так, Г. С. Васильченко, пишет, что во фрикционном периоде женщины, воспитанные в духе викторианства, придерживаются правила: «Леди не двигается» (Ladies don't move). Они стараются всячески подавлять в себе сладострастные ощущения, не допускать себя до оргазма. Достигают они этого в основном тем, что заставляют себя при возникновении возбуждения думать о совершенно посторонних вещах. Это удается им все легче и легче. Постепенно развивается условно-рефлекторная стойкая половая холодность. Такое поведение может привести к сексуальным неврозам.

В наших условиях такое воспитание сказывается значительно меньше. По данным З. В. Рожановской, среди обследованных ею женщин только 9,4% получили «строгое воспитание», а остальные 90,6% — более или менее свобод-

ное. И все же на практике приходится сталкиваться с такими случаями.

И. Н., 23 года, инженер. Развивалась и менструировала нормально. В 23 года вышла замуж за товарища по работе и переехала к мужу. В первую брачную ночь родители мужа были разбужены криками, доносившимися из комнаты молодых. Бросившись туда, они застали бурную сцену. Новобрачный стоял возле кровати, а его жена в истерике била его по щекам.

Перепуганным родственникам она объяснила: «Я думала, что он порядочный человек, а он грязный нахал, сразу же полез мне под рубашку!» Когда новобрачная несколько успокоилась, свекровь спросила ее: «Неужели Вы, выходя замуж, ничего не знали о половой жизни?» — «Нет, я слыхала, что половая жизнь существует, но ведь это бывает тогда, когда оба договорятся иметь ребенка, а нам ребенка пока иметь рано. Начинать так семейную жизнь грязно и пошло!»

К. Л., 30 лет, архитектор. Менструирует с 15 лет. Развивалась нормально. Вышла замуж в 21 год. Все 9 лет замужества отвращение к половой жизни. Легко раздражается, обидчива, плаксива. Часто по вечерам сидит на кухне до тех пор, пока муж не заснет, и только после этого ложится в постель, чтобы избежать половой близости. На этой почве семейные конфликты. Муж обижается: «Опять ты сидишь на кухне!» Больная считает, что у нее отвращение к половой жизни «наследственное», так как мать часто говорила, что ей всю жизнь половая близость была противна. Очевидно, что в этом случае виновата не «наследственность», а воспитание — систематическое внушение матери.

**Фрикционный период.** Продолжительность полового акта разными авторами оценивается различно. Г. С. Васильченко в последнее время (1977) приводит диапазон от 1,5 до 3 минут (при среднем времени в 2 минуты, соответствующем 62 фрикциям). Авторы настоящего исследования в своих работах приводили различные цифры: В. И. Здравомыслов — 4—5 минут, С. С. Либих — 2—3 минуты. Эти данные зависят от особенностей исследованных контингентов. В настоящее время мы (С. С. Либих) не придаем существенного значения ни длительности полового акта, ни числу фрикций. Определяющей, по нашему мнению, является качественная сторона полового акта.

Изучение фрикционного периода у большого числа брачных пар обнаруживает следующие недостатки: 1) односторонние фрикции (чаще у мужчины); 2) рассогласованность фрикций (у партнеров); 3) запаздывание реакции партнера на изменение скорости, ритма и качества фрикций; 4) крайнее однообразие фрикций, их стереотипность, несоответствие характера фрикций стадии фрикционного периода.

По скорости фрикции можно разделить на быстрые, средние, медленные и сверхмедленные; по глубине — на глубокие, средние, неглубокие; по особенностям — однооб-

разные и разнообразные, с изменением соотношения полового члена и влагалища. Не предвосхищая индивидуальных вариантов фрикций у различных супружеских пар, можно рекомендовать общую схему, которая заключается в следующем.

Половой акт (после интроекции) начинается с неглубоких (средних), довольно медленных фрикций, с относительно большим интервалом, как бы не доведенных до конца (женщина ожидает более глубоких фрикций). Этот тип фрикций возбуждает женщину, усиливает ее активность, вызывает резкое включение женщины в динамику полового акта. Описанный тип фрикций может прерываться одной или несколькими быстрыми и глубокими фрикциями (всплесками), после чего следует возвращение к первоначальному темпу и ритму (анданте). По мере развития фрикционного периода темп ускоряется и применяются качественно иные фрикции (более глубокие, с большим прижатием полового члена к нижней части передней стенки влагалища, с вращательными движениями полового члена и т. д.). Последняя часть фрикционного периода вообще выполняется в более быстром темпе, однако и здесь некоторое кратковременное замедление фрикций (если оно не задерживает начавшееся предоргастическое состояние женщины) способствует мобилизации активности женщины, усиливает ее нетерпение, возбуждение. При явлениях начинающейся эякуляции мужчины следуют одна за другой быстрые, сильные и глубокие (копьевидные) фрикции, завершающие процесс. Они особенно эффективны при цервикальном (маточном) оргазме *.

Практика Карецца заключается в том, что мужчины с нерезко выраженными явлениями преждевременного семяизвержения замедляют фрикции или совсем останавливаются на несколько десятков секунд, а затем при снижении чрезмерного возбуждения вновь продолжают половой акт. Прослеживается два этапа. На первом мужчина может замедлить приближающуюся эякуляцию и даже снять уже появившееся ощущение. Для этого он переключает свое внимание с эротических образов на индифферентные представления или пользуется «конкурирующими» (неэротическими) представлениями. Практика Карецца эффективна только в том случае, если женщина также своевременно

* При некотором запаздывании оргазма женщины полезно оставление полового члена во влагалище и после эякуляции у мужчины.

прекращает фрикции и воздерживается от ласк, которые могут увеличить возбуждение мужчины. Таким образом, помимо чисто технического приема здесь необходима высокая степень понимания женщиной своего партнера, наличие такта. Практика Карецца относится и к превентивным половым сношениям как к способу предохранения от беременности. В этом случае партнеры отказываются от излития семени и от оргазма женщины, несмотря на продолжительное пребывание полового члена во влагалище. Этот тип полового сношения обычно связан с двусторонними нежностями и любовными ласками (ит. carezz, фр. caresses d'amour).

О других превентивных половых сношениях см. дальше.

**Формы женского оргазма.** Как для получения предварительной эмоционально-эрекционной готовности женщине необходимо раздражение присущих ей индивидуальных эрогенных зон, так и во время самого полового акта для получения оргазма необходимо раздражение определенных эрогенных частей тела.

Вопрос, в какой части половых органов происходит у женщины оргазм, долгое время дискутировался. Если одни (Bucura) считали, что оргазм «происходит» во влагалище, а внутренние органы остаются без участия, то другие (H. Rohleder), наоборот, утверждали, что оргазм «локализуется» в шейке матки. Wernich приравнивает эрекцию шейки матки к напряжению мужского полового члена. Большинство же исследователей местом оргазма считали клитор.

Согласно современным представлениям, оргазм есть сложнейший психо-физиологический процесс, протекающий в головном мозгу. Локализация этого процесса не может быть сведена к какому-либо небольшому, ограниченному участку мозга (узкий локализационизм). С точки зрения системного подхода, локализация оргастического процесса охватывает таламические центры удовольствия, гипоталамус, лимбическую систему, ретикулярную формацию ствола и кору головного мозга. Опыты с вживленными электродами и наблюдения нейрохирургов (явления оргазма при локальных патологических процессах) убеждают в том, что оргазм связан с функционированием высших регуляторных систем мозга. В его основе лежит, без сомнения, рефлекторный механизм, причем вышеперечисленные периферические образования (влагалище, шейка матки, клитор) являются рецепторными полями, а мышечные аппараты и желе-

зы, обеспечивающие конечный, объективно наблюдаемый эффект оргазма (спазм влагалища, сокращение матки, выделение секрета) являются эффекторными аппаратами рефлекторной дуги. Приведенные далее классификации женского оргазма основаны на различии рецепторных полей оргастического рефлекса. При этом речь идет о преимущественном вовлечении, ведущей роли того или иного рецепторного поля, так как и другие части половых органов женщины могут иметь некоторое вспомогательное значение.

Для правильного функционирования оргастического рефлекса необходима суммация импульсов, идущих от рецепторного поля, для чего раздражение этого поля в процессе полового акта должно быть систематическим, ритмичным и достаточно интенсивным.

V. Kliment, V. Zacher, H. Hanzlikova, D. Uhercik и Nestrak обследовали более 800 женщин и получили следующие данные: аноргазмия у 182 обследованных, клиторальный оргазм — у 90, вагинальный оргазм — у 227. Не могли точно указать локализацию 318 женщин.

К сожалению, авторы не высказали своего отношения к цервикальному оргазму.

*По локализации* В. И. Здравомыслов различает 7 форм женского оргазма: три физиологических — вагинальную, клиторную и цервикальную (маточную) и четыре патологических — оральную, ректальную (анальную), сосковую и психическую (психический онанизм). По-видимому, переходной формой между вагинальным и ректальным оргазмом является наблюдавшийся нами (С. С. Либих) несколько раз промежностный (перинеальный) оргазм. З. В. Рожановская различает клиторальный, вагинальный и промежностный виды оргазма. К сожалению, она в своих работах не высказывает своего отношения к цервикальному оргазму.

E. H. Smith различает, кроме того, и уретральный оргазм, который женщины получают с настоящим истечением слизи, мастурбируя в уретре. Л. Я. Якобзон также считал уретру одной из «нормальных эрогенных зон». Лица, которые с целью онанизма вводят в уретру различные растительные предметы (соломинки, веточки и пр.), в Германии получили прозвище «blasenbotaniker». Иногда «мастурбационные орудия» могут проникнуть в мочевой пузырь, и тогда требуется их хирургическое удаление.

**Вагинальный оргазм.** Для любой формы оргазма необходимо максимальное переполнение кровью пещеристых тел, а нижняя часть влагалища как раз и охватывается

m. bulbo-cavernosus, тесно связанным с кавернозными телами. Сокращая этот мускул, женщина способствует усилению кровенаполнения. Уменьшая отток крови, можно не только захлопнуть клапаны отводящих вен, но и резко сузить их просвет.

Ландау описал в больших венах санторинова сплетения гладкие мышечные волокна в виде трабекул, которые при своем сокращении втягивают стенки вен в их просвет и препятствуют таким образом оттоку крови (своеобразные клапаны).

Сокращая m. constrictor cunni и m. ischio-cavernosus, женщина не только усиливает наполнение собственных кавернозных тел — сжимая во время полового акта основание полового органа мужчины, затрудняет отток крови и из его кавернозных тел, резко усиливая эрекцию мужа и создавая ему добавочные приятные ощущения.

Затруднение оттока крови при продолжающемся ее притоке и усиление развития трабекул эластичных волокон и tunicae albuginae пещеристых тел может увеличивать объем полового члена в 4—5 раз. Недаром древние врачи назвали m. burbo-cavernosus также и m. constrictor cunni. Cunnus в переводе на русский язык имеет два значения: 1) влагалище, 2) темпераментная женщина.

К сожалению, работа этого важнейшего для оргазма мускула не всегда бывает полноценной. С одной стороны, он у некоторых женщин бывает маломощным, а с другой стороны, встречаются женщины, не умеющие им как следует пользоваться. Задача сексолога и в том и в другом случае — научить женщину пользоваться этим мускулом, помочь ей развить его.

Мощность любой поперечно-полосатой мышцы увеличивается от упражнения, поэтому мы некоторым фригидным женщинам даем домашнее задание — специальную сексологическую гимнастику — ежедневно многократно сжимать констриктор, а если женщина не умеет этого делать, мы советуем «втягивать задний проход». Сжимая m. sphincter ani, женщина автоматически тренирует и m. constrictor cunni, так как левые волокна кругового сфинктера частично переходят выше centrum tendineum на правую сторону, вплетаясь в правый m. constrictor cunni, а часть правосторонних мышечных волокон переходит подобным образом на левую сторону, вплетаясь в левый констриктор.

Подобный же подход осуществляется с помощью аутогенной тренировки и направленной органотренировки по

Клюмбису — Клейнзорге, о чем подробно будет сказано в разделе психотерапии.

Для определения функциональной мощности m. costrictor cunni существует очень простой способ. В нижнюю часть влагалища вводится 2 пальца, и женщине предлагается их сжать. Значительное сжатие пальцев свидетельствует о полноценности мышцы. Слабое или почти полное отсутствие сжатия указывает на значительную слабость мышц — природную (инфантилизм) или приобретенную чрезмерным растяжением во время родов и, следовательно, крайне нуждающуюся в нашей гимнастике. Эта гимнастика не отнимает у женщины ни одной лишней минуты времени, так как делать ее можно в любом положении, между делом. Во время же полового акта мы советуем делать 2 движения одновременно (сжимать констриктор и приподнимать таз) и обязательно синхронно. W. Masters и V. Johnson также признают роль нижней трети влагалища и мышц промежности в формировании оргазма. Эти мышечные части при напряжении образуют оргастическую манжетку. Объективно, по их наблюдениям, влагалищный оргазм выражается в 5—12 сокращениях этой манжетки с интервалом в 0,8 секунды. После оргазма манжетка и стенки влагалища быстро расслабляются.

Применение нашей гимнастики сказывается очень быстро. Уже через две недели мышцы промежности становятся значительно более мощными и сжимают пальцы заметно сильнее. Для измерения силы мышц промежности И. И. Яковлев и В. Петров предложили вагинометр, позволяющий не только измерять, но и вычерчивать кривую тонуса мышц промежности как в сагиттальном, так и во фронтальном положении браншей.

В 1966 году Б. Ф. Шерстнев предложил свой вариант вагинометра, позволяющего определять и записывать степень растяжения влагалища как в длину, так и в ширину.

А. М. Аминьев разработал свой сфинктерометр и сфинктерометрический индекс, при помощи которого определяется степень растяжения анального кольца в сантиметрах (в норме $\frac{4\ \text{см}}{400} = 0{,}01$). При ослаблении сфинктера индекс растяжения повышается, а при повышении тонуса понижается (С. М. Мордович, 1963).

Этот аппарат и индекс с большим успехом могут быть применены в сексологии. При необходимости укрепления нашей гимнастикой чересчур растянутого влагалища и

мышц промежности нужно добиваться уменьшения индекса, а при вагинизме — его повышения.

Все три описанных аппарата представляют собой металлические конструкции, определяющие тонус мышц при помощи двух браншей (типа зеркала Куско). Другие аппараты фиксируют степень сжатия резинового баллона, введенного во влагалище. Это, в первую очередь, леваторотономер М. В. Елкина, состоящий из резинового наконечника (можно применить палец от толстой перчатки крупного размера), соединенного с металлическим манометром и баллоном для накачивания воздуха (рис. 4). Стрелка

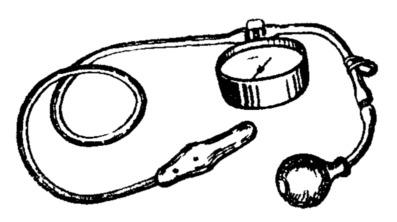


Рис 4 Леваторогонометр М Е Елкина для определения состояния тазового дна и связочного аппарата матки.

манометра устанавливается на 100 мм. При втягивании заднего прохода она показывает повышение давления. При слабости мышц давление повышается от 3 до 8 мм, при среднем тонусе — от 8 до 10 мм и при хорошей функции — более 16 мм. Эту же идею применили в 1974 году при конструкции своего аппарата чешские врачи T. Arendas и I. Augustin. Аппарат предназначен для динамического измерения результатов промежностной гимнастики.

Мы полностью согласны с рядом авторов (M. Voita, J. Hynie, J. H. Prill, H. J. V. Kliment и др.), что вагинальный оргазм чаще получают более опытные в сексуальном отношении женщины.

Ввиду того, что многие женщины (особенно рожавшие), имея объемистое растянутое влагалище, не получают при половом акте с мужчиной, имеющим нормальные или тем более небольшие размеры полового члена, достаточного раздражения влагалища, во многих странах Востока широко применяются особые приспособления для добавочного его раздражения.

Наиболее простые приспособления представляют собой

палочки (фаланги, амфаланги, penis-stäbchen), которые привязывают к пенису для увеличения его объема. Амфаланги иногда даже вживляются под кожу. Подобная операция под названием persimbraon широко распространена на Суматре. У некоторых племен делаются насечки на glans penis и вживляют туда камешки, чтобы сделать головку пениса «бородавчатой». Для этой же цели служит и приспособление, известное под названием gues-guel. Оно представляет собой кольцо со щетинками из лошадиного волоса, надеваемого под головку мужского члена. В некоторых местностях щетинки заменяют высушенным бараньим веком.

Увеличение объема пениса достигается иногда надеванием на него специального футляра из древесной коры или из шкур животных. В Японии приспособление, надеваемое на половой член для усиления раздражения влагалища, называется кабутогота.

Миклухо-Маклай, большой знаток половой психопатологии народов Малайского и Южно-Океанского архипелагов, писал, что все эти обычаи и приспособления изобретены самими женщинами или только для женщин. Мужчинам же они по большей части приносят только страдания. По его наблюдениям, у некоторых племен женщины отстраняют от себя мужчин, не имеющих на члене раздражающих приспособлений.

В Германии в конце прошлого века нашли широкое распространение так называемые damen sporen (эластические гуттаперчевые кольца с зубцами). Упоминание о забытых в женском влагалище «дамских шпорах» имеется в немецком учебнике гинекологии E. Opitz, переведенном в 1926 году на русский язык. Из Германии «дамские шпоры» перекочевали и в Россию. Они были далеко не безобидными средствами и для женщин. Так, А. П. Заболотский и В. Е. Фавр описали тяжелые осложнения, вызванные «дамскими шпорами». Описан случай, когда «дамская шпора», пролежавшая во влагалище женщины несколько лет, вызвала влагалищно-кишечный свищ. «Дамские шпоры» свободно продавались в гуттаперчевых магазинах.

W. Masters, V. Johnson доказали, что бартолиновы железы, вырабатывающие 1—2 капли секрета, не играют никакой роли в увлажнении вульвы и влагалища, а любрификация происходит за счет пропотевания жидкости через стенки влагалища, которое у женщин обычно начинается через 10—30 секунд после любой сексуальной стимуляции.

Ими же описан «феномен sex-skin», заключающийся в изменении цвета слизистой малых губ, которые из розовых делаются ярко- или темно-красными. Авторы считают, что увеличение малых губ при возбуждении удлиняет влагалищную трубку приблизительно на 1 см.

Если при вагинальной форме оргазма женщина может получить половое удовлетворение в любой позиции, то иначе обстоит дело при других формах — здесь необходимым условием получения оргазма является раздражение клитора или шейки матки.

**Клиторальный оргазм.** Для получения клиторального оргазма необходимо его раздражение. По W. Masters и V. Johnson, уже в фазе возбуждения наблюдается увеличение как поперечника, так и длины клитора. В плато-фазе клитор из своего нормального положения подтягивается к переднему краю симфиза. Во время самого оргазма авторы не наблюдали никаких изменений в клиторе. После оргазма он очень быстро (через 5—10 секунд после прекращения сокращений оргастической манжетки) возвращается в нормальное положение. Спад кровенаполнения идет более медленно

Женщины, которым свойствен клиторальный оргазм, почти не могут получить его при обычной, наиболее распространенной в Европе позиции. Клитор при этом во время фрикций остается вне поля раздражения. Этой категории женщин не подходит и коитус сзади.

Для снятия половой холодности этим женщинам можно рекомендовать после начала коитуса в классической позе сдвинуть ноги, тогда пенис при каждой фрикции раздражает клитор и женщина быстро из «холодной» превращается в страстную. При этом муж и жена могут меняться местами — муж снизу, а жена сверху (coitus inversus).

Особым приверженцем этого положения является J. Rutgers, утверждающий, что при coitus inversus пенис всегда попадает на клитор и при том не своей твердой тыльной поверхностью, а более мягкой нижней поверхностью. Если в первой части это утверждение справедливо, то во второй совершенно не соответствует действительности. При любой позиции «лицом к лицу» пенис всегда будет обращен тыльной твердой поверхностью к клитору, а мягкой нижней — к промежности. Только при cotius a posterior к клитору будет обращена нижняя мягкая поверхность, но она при этой позиции, как правило, не достигает клитора.

Некоторые авторы (L. Aresin, Landis, Goldracht, Narjani

и др.) видят иногда причину фригидности в индивидуальной анатомической особенности женщины, а именно в очень высоком расположении клитора от входа во влагалище, когда при половом акте не получается достаточного контакта клитора с мужским половым членом. В случаях, когда клитор отстоит от отверстия уретры более чем на 2,5 см, они рекомендуют оперативное вмешательство — пересадку отсепарированного клитора ближе ко входу во влагалище.

Мы в свое время произвели измерение расстояния от нижнего края клитора до наружного отверстия уретры у 200 москвичек. Измерения производились при помощи линейки или циркуля. Десятые доли сантиметра округлялись до 0,5 см. Так, 0,1 и 0,2 см отбрасывались, 0,3, 0,4, 06 и 0,7 см считались за 0,5 см, а 0,8 и 0,9 см — за 1 см (табл. 10). Таким образом, по нашим данным, 12,5% женщин имели высокое расположение клитора, по данным Narjani и Landis, число их достигало 30%. Еще больше разница в наблюдениях З. В. Рожановской: по ее данным, расстояние в 2,5 см было у 13,4% обследованных, меньше 2,5 см — у 37,6% пациенток и 49% женщин имели высокое расположение клитора — более 2,5 см.

*Таблица 10*

**Расстояние нижнего края клитора от наружного отверстия уретры**

| Расстояние, см | Число женщин | % |
|---|---|---|
| 1 | 6 | 3 |
| 1,5 | 62 | 31 |
| 2 | 64 | 32 |
| 2,5 | 43 | 21,5 |
| 3 | 11 | 5,5 |
| 3,5 | 9 | 4,5 |
| 4 | 4 | 2 |
| 5 | 1 | 0,5 |
| Всего | 200 | 100% |

Такая резкая разница в измерениях у различных авто-

ров, возможно, объясняется региональной особенностью контингента наблюдаемых больных (Москва, Ленинград). Исходя из данных З. В. Рожановской, половина всех женщин нуждалась бы в вышеуказанной операции. Мы категорически против подобных вмешательств. На месте операции может образоваться очень болезненный рубец, что сделает коитус еще менее полноценным. Вместо операции надо подобрать более подходящую позицию для полового акта и применить психотерапию.

Многие авторы при недостаточном раздражении клитора рекомендуют, с одной стороны, усилить и удлинить время предварительных ласк с акцентом на клитор, а с другой стороны, добавочно раздражать клитор пальцем уже во время самого полового акта (Iv. Bloch, H. Stourzh, З. В. Рожановская, А. М. Свядощ и др.). H. Stourzh пишет: «Женщинам следует объяснить, что такое раздражение клитора не приносит какого-либо вреда здоровью и безусловно допустимо в моральном отношении».

Для этого добавочного раздражения ряд авторов предложили специальные приспособления, надеваемые на мужской половой член. Первым получил авторское свидетельство на такой стимулятор клитора наш соотечественник М. А. Мильхикер (1968). Стимулятор «СМАМ» состоит из опорного кольца, образованного резиновой трубкой, концы которой соединены жесткой вставкой с утолщениями на концах. Такая конструкция дает возможность изменять диаметр кольца в зависимости от объема эрегированного полового члена. На это же кольцо надевается стимулятор в виде эластического пальца со щетинками (касалками) на конце. Кольцо надевается на корень пениса и подгоняется по его размеру. Некоторые варианты «СМАМ» помимо основных касалок для клитора имеют по бокам кольца такие же добавочные касалки для раздражения половых губ. Во время сношения при каждой фрикции щетинки нежно касаются клитора и половых губ. Одновременно с добавочным раздражением клитора резиновое кольцо несколько затрудняет отток крови от пениса, увеличивая его эрекцию. При недостаточной эрекции мужчины «СМАМ» можно комбинировать с мужским эректором (Ю. А. Борисенко, С. А. Плотичер и И. М. Порудоминский).

**Цервикальный (маточный) оргазм.** Некоторые авторы, разбирая формы женского оргазма, не принимают во внимание цервикальный оргазм, в то время как он у ряда женщин, бесспорно, существует. Многие из наших пациенток

могли получать только эту форму оргазма. Более чем 25% наших больных испытывали сильнейшее возбуждение при раздражении шейки матки.

Как мы уже упоминали выше, первым и ярым поклонником цервикального оргазма являлся Wernich. Dahl же полагает, что женский оргазм — результат рефлекторного сокращения гладкой мускулатуры матки. По W. Masters и V. Johnson (1966), не только шейка, но и вся матка участвует в формировании оргазма. В фазе возбуждения и особенно в плато-фазе отмечается значительная элевация антифлекторированной матки, увеличивается ее возбуждение. Во время оргазма сокращения матки начинаются со дна, переходят на тело и нижний сегмент. Сила маточных сокращений параллельна интенсивности оргазма. Шейка матки как бы окунается в резервуар спермы, образованный расширенной верхней частью влагалища. Наружное ее отверстие остается там зияющим 20—30 минут. Развивается «присасывающий эффект». Затем матка возвращается в исходное положение.

При цервикальной (маточной) форме оргазма женщине необходимо раздражение пенисом шейки матки, а этого может не происходить по двум причинам: либо пенис не достигает шейки матки, либо по той или иной причине проходит мимо, не задевая ее. Первое положение бывает при длинном влагалище и небольшой длине пениса. В таких случаях соответствующая позиция корригирует несоответствие. При обычной позиции лежа на спине женщина резко подтягивает ноги к животу, значительно укорачивая влагалище, или муж лежит на спине, а жена садится сверху на корточки (верхом). Нам довольно часто приходилось встречать женщин, могущих получать полный оргазм только в такой позе.

Второе положение зависит от неправильного положения матки. При различных видах ретродевиации матки ее шейка находится не в заднем своде, а смотрит вперед. Для того чтобы «поставить матку на место», можно опять-таки изменить позицию, применить гинекологический массаж и коленно-локтевую дыхательную гимнастику (по В. И. Здравомыслову) (рис. 5).

В данном случае лучше всего рекомендовать coitus a posterior, когда женщина лежит на животе или на боку. При таком положении пенис попадает не в задний свод, а в передний, как и при коленно-локтевой позиции женщины.

При чрезмерном ожирении женщины коитус возможен

лишь a posterior на боку с ногами, возможно более согнутыми в тазобедренных суставах, или опять-таки в коленно-локтевом положении женщины. Это же положение является почти единственно возможным при чрезмерном ожирении мужчин.

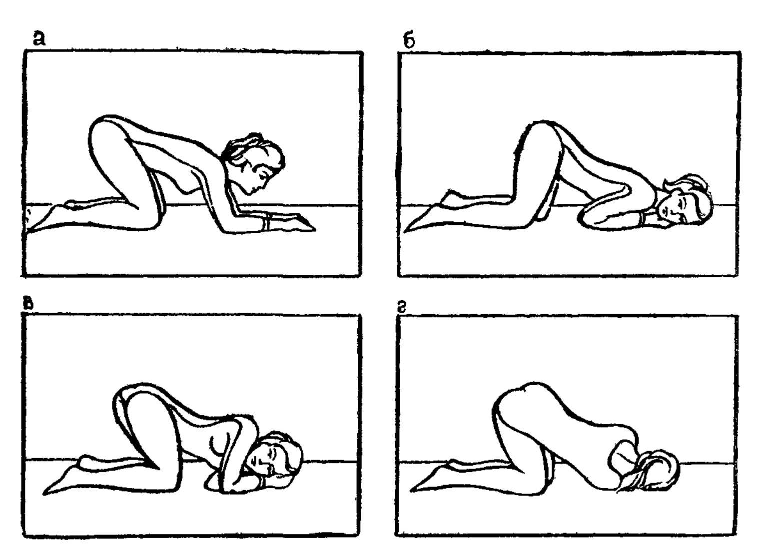



Рис 5 Коленно-локтевая гимнастика:
*а* — глубокий вдох; *б*, *в*, *г* — полный выдох; *в* — для правосторонних девиаций, *г* — для левосторонних девиаций.

Мы привели только самые простые советы. Ясно, что для каждой брачной пары играет огромную роль положение во время коитуса. Что хорошо для одних, может быть совершенно неприемлемо для других.

Как было указано, для усиления раздражения влагалища и клитора применяются разнообразные приспособления. Такой аппарат употребляется и для шейки матки. Так, в Китае и Японии для этой цели применяются специальные полые шары из тонкой жести, внутри которых находится легко катающийся там более тяжелый шарик. Эти шары перед коитусом вводятся в глубину влагалища до шейки матки, и удерживаются при помощи бумажного тампона.

При каждой фрикции во время полового акта шары передают шейке матки вибрацию, которая, по распространенному в этих странах мнению, резко усиливает оргастич-

ность женщины. Эти приспособления, так же как и описанные ранее, быстро перекочевали с Востока на Запад и в усовершенствованном виде широко известны под названием pomme d'amour, globe érotique («яблоко любви», «эротический шар»).

**Превентивные варианты полового сношения.**

1) Прерванное половое сношение (coitus interruptus). Извлечение полового члена из влагалища до эякуляции требует внимания и некоторого напряжения со стороны мужчины, а иногда и женщины. Не рекомендуется для частого и систематического применения, а также для мужчин, не умеющих улавливать начальные признаки надвигающейся эякуляции. Опасность нечастого спорадического применения этого варианта преувеличена. Более подробное освещение coitus interruptus изложено ниже.

2) Практика Карецца описана ранее. Этот метод широко освещался в санскритской и хинди-литературе.

3) Саксонское половое сношение (coitus saxonicus). При нем активную предохранительную роль играет женщина: она следит за динамикой полового акта и в последний момент перед самой эякуляцией сильно сжимает корень пениса (следовательно, уретру); выбрасываемая сперма, встречая препятствие, ретроградно изливается в мочевой пузырь мужчины.

4) Испанский половой акт (coitus hyspanicus). При испанском коитусе мужчина изливает семя в самой низкой части влагалища с целью облегчить женщине убрать его ватой или посткоитальным спринцеванием. Ясно, что контрацептическая роль испанского коитуса невелика (особенно без последующего спринцевания).

5) Испанский коитус является как бы переходом к вестибулярному коитусу (coitus vestibularis, coitus paranymphalis), когда происходит контакт пениса только с наружными женскими гениталиями (биргхата). Эта форма сношения может применяться по следующим четырем соображениям: 1) с целью наиболее глубокого петтинга (A. Kinsey) при общении с девушкой, сохранившей анатомическую девственность; 2) если женщина обладает исключительно клиторальным оргазмом и введение полового члена во влагалище ей неприятно; 3) при недостаточной эрекции у мужчины, затрудняющей нормальный коитус; 4) с контрацептической (превентивной) целью.

При вестибулярном коитусе индийцы рекомендуют женщине сжимать ноги (coitus intrafemoris), достигая этим

одновременно двух целей: при каждой фрикции и туда и обратно пенис трется о клитор (максимальное раздражение), достигается более сильный охват и сжатие самого полового члена.

К группе превентивных сношений относятся также: 6) аксиллярное и 7) интермаммарное (описание в разделе эрогенных зон) сношения.

Подмышечная впадина не является у женщин выраженной эрогенной зоной, и они допускают аксиллярное половое сношение, когда по какой-либо причине отвергают вагинальный или оральный коитус. Прижимая плечо к грудной клетке, женщина создает еще более тесный обхват пениса, чем между бедер.

К превентивным сношениям надо отнести и 8) coitus condomatis с надетым на пенис особым чехлом — презервативом (кондомом). Изобретение кондома обычно приписывается д-ру Кондому. И. Блох утверждает, что это средство было известно еще в глубокой древности и потом в XVI веке возрождено итальянским врачом Фаллопием. Обычные резиновые презервативы используются один раз и выбрасываются. В Японии выпускались для семейного многократного пользования кондомы из рыбьего пузыря. Стоили они во много раз дороже, зато имели большую прочность и не так раздражали слизистую влагалища и полового члена, как резиновые.

Резиновые кондомы часто рвутся, поэтому рекомендуется покупать их сразу несколько штук и заранее особыми приемами испытать их на прочность. Презервативы предохраняют не только от беременности, но и от заражения венерическими болезнями. Выпускаются и укороченные кондомы, надеваемые только на головку члена и удерживаемые на ней резиновым кольцом. Он не так раздражает, как сплошной презерватив, но совершенно не предохраняет от сифилиса. Для уменьшения возможности разрыва кондома рекомендуется смазывать половой член до надевания кондома грамицидиновой мазью или хотя бы просто вазелином. Следует смазать и уже надетый кондом.

Приведем описания сравнительно редко встречающихся физиологических явлений суперфетации и суперфекундации (superfetatio, superfecundatio), представляющих для сексологов определенный интерес.

Суперфетация — добавочное оплодотворение при уже имеющейся беременности. Многие авторы (в том числе и в сексологическом словаре Karl Dietz и Peter G. Hasse) счи-

тают подобное отклонение от нормы невозможным, так как прогестерон, вырабатываемый желтым телом, настолько затормаживает менструальный цикл, что овуляции просто не может произойти. Но исключения, которые можно отнести в область казуистики, возможны. Так, Эдуард Гофман в своем учебнике по судебной медицине цитирует Эйзенманна, наблюдавшего 17. IV. 1748 года роды доношенным мальчиком и одновременное шевеление второго плода, значительно меньшего. Вторые роды произошли через $4^1/_2$ месяца, 2. IX. 1748 года. Мёбус описал 1-е роды, произошедшие 16. X. 1839 года, а 2-е место — через 38 дней; Тильш — роды живой девочкой 26. III. 1853 года, а 18. V. 1853 года, через 52 дня, вторые роды.

В 1922 году В. И. Здравомыслов наблюдал случай двойных родов. Первобеременная женщина родила недоношенную девочку, сразу после рождения ребенка вышел весь послед. Схватки прекратились. Плодный пузырь второго плода цел. Решено ввиду недоношенности и слабости первого ребенка не вмешиваться в течение беременности. Самочувствие роженицы-беременной хорошее, сердцебиение плода четкое. Матка закрылась, вторые роды произошли через 5 недель доношенным мальчиком. Этот случай, конечно, не относится к суперфетации. Подобная ситуация описана, видимо, в случаях, наблюдаемых Мёбусом и Тильшем, зато в наблюдении Эйзенманна суперфетация бесспорна.

Суперфекундация — оплодотворение двух или нескольких яйцеклеток во время одной овуляции разными половыми партнерами (с небольшой разницей во времени). У ряда животных, особенно у собак, это явление обычное — сука часто щенится различными гибридами. Суперфекундация у человека теоретически считается возможной, но практически не доказана. Высказывалось мнение, что бесспорным доказательством явилось бы рождение от белой женщины близнецов: одного — полунегра, второго — полуиндейца или полумонголоида, но таких случаев в истории человечества пока не описано.

В словацком журнале «Startmagazin» опубликована статья «Dvojci imaju dva oce» об Ингрид Д., родившей в 1968 году близнецов — мальчика Марко и девочку Катю от двух половых партнеров. Дело разбиралось в Дуйсбургском суде (ФРГ), и судебно-медицинская экспертиза подтвердила, что девочка Катя является дочерью мужа Ингрид Д. Райнера Д., а мальчик Марко — сын Герберта К.

На суде Ингрид Д. показала: «Однажды вечером я была с мужем на карнавале, потом муж уехал домой, а я осталась веселиться дальше. Там я встретила Герберта К. и осталась у него до утра». На снимке представлены все 5 персонажей статьи. Каждый ребенок чрезвычайно похож на своего отца. Впоследствии оба отца стали приятелями.

Таким образом, можно считать доказанным, что у человека суперфекундация хотя крайне редко, но встречается.

*Часть II*

# ЖЕНСКАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

*Глава 1*

## ПОЛОВАЯ ХОЛОДНОСТЬ (ФРИГИДНОСТЬ)

В медицинской литературе нет единого мнения, что надо понимать под термином «фригидность», «половая холодность» женщины. Нет и единой терминологии. Так, для обозначения половой холодности женщины были предложены термины диспарейния (dyspareunia), частичная и полная анестезия (anaesthesia sexualis partialis et totalis), половая холодность, фригидность, половая дисгармония (dycharmonia sexualis) и пр.

H. Rohleder различает половую анестезию, половую холодность и диспарейнию. Половой анестезией он называет полное отсутствие полового влечения; половой холодностью — положение, когда женщина может испытать лишь незначительное половое возбуждение; под диспарейнией он понимает отсутствие способности получать оргазм во время полового акта (т. е. то же, что описывали E. Kische и Zihen).

Из русских ученых одним из первых поднял вопрос о половой холодности женщин Л. Ненадович. Он сделал попытку классификации фригидности. Мы не будем здесь разбирать подробно все 8 форм половой анестезии по Л. Ненадовичу. Эта классификация не приобрела популярности. Большим успехом у врачей пользовались работы Г. Г. Гентера, который в 1914—1916 годах опубликовал ряд статей по аномалии полового чувства у женщин. Г. Г. Гентера принято считать основоположником советской женской сексопатологии. Он различал в половом чувстве женщины две стороны: половое влечение (libido, sexuallust) и способность получать оргазм (wollustgefühl). По Г. Г. Гентеру, женщины, лишенные полового влечения,

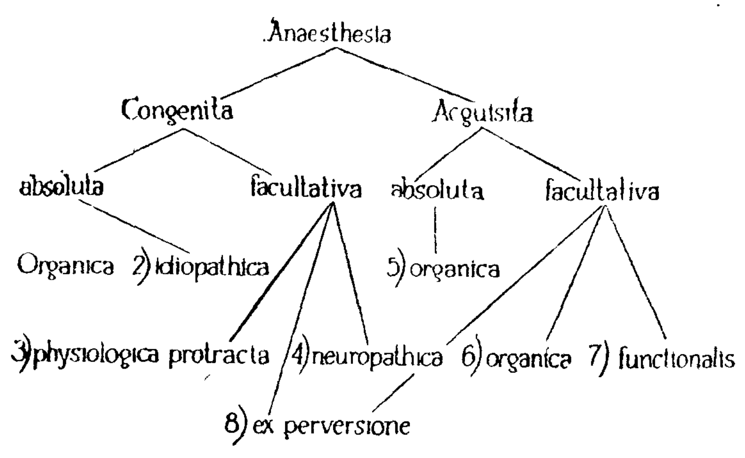



Рис. 6. Схема anaesthesia sexualis женщины (по Л. Ненадовичу).

всегда лишены и способности к оргазму, но бывает, что женщины, имеющие нормально выраженное половое влечение, не могут получить оргазма во время полового акта. Последнее обстоятельство он назвал «бессилием женщины» (impotentia mulieris) и предложил свою классификацию различных форм этого страдания. Упомянем лишь о двух формах: диспарейнии и ложной женской импотенции. К диспарейнии Г. Г. Гентер относит только те случаи, когда половой акт сопровождается болевыми ощущениями, заглушающими половое чувство. Эту форму он называет impotentia mulieris dolorosa. Ложной импотенцией (impotentia mulieris spuria) он называет случаи кажущейся женской импотенции. В этом случае причиной нарушения является мужчина, а женщина в сексуальном отношении может быть совершенно здорова. На эту печальную роль мужей в невозможности доставить жене оргазм уже давно указывали многие авторы (Л. Я. Якобзон, S. Freud, P. Fürbringer, L. Löwenfeld, Van de Velde и др.).

Еще более 50 лет назад L. Löwenfeld писал: «Большинству женщин приходится ограничиваться в браке скупо отпускаемым им половым наслаждением». В течение последних десятилетий в связи с ростом неврозов, ускорением темпов жизни, увеличением числа конфликтных ситуаций в семье, недостаточной подготовкой супругов к браку во всем мире увеличилось число случаев мужской импотенции

и, в частности, преждевременного семяизвержения (ejaculatio praecox).

В этих случаях после эякуляции мужчина не может продолжить, а в ряде случаев даже начать половой акт. Женщина остается возбужденной, а ее половые органы длительно находятся в состоянии гиперемии. Некоторые женщины после неудачного полового акта для снятия напряжения приступают к онанизму, а в других случаях мужчина добивается оргазма женщины мануальным или оральным раздражением клитора. Однако во многих случаях этого не производится и женщина остается неудовлетворенной, что вызывает раздражительность, снижение настроения, нарушение сна и т. д.

По Van de Velde, ejaculatio praecox и ejaculatio ante portas настолько часто встречались уже в прошлом столетии, что побудили генерального католического викария Craisan в наставлении для священников, принимающих у женщин исповедь, писать: «Если у мужа наступает излитие семени до того, как жена получила удовлетворение, то ей разрешается получить его путем самораздражения половых органов. Не является грехом, если женщина перед началом полового акта прикосновением к половым органам вызовет у себя сильное половое возбуждение, которое поможет ей получать удовлетворение во время половой близости».

Предложенный еще в 1914 году Г. Г. Гентером термин «женская импотенция» (impotentia mulieris) вновь воскрешает Maetzing (1960). Он различает три группы женской импотенции: «тотальную импотенцию», к которой относит все эндокринные нарушения, «вагинальную импотенцию», развившуюся вследствие мастурбации, и «сексуальную нечувствительность», обусловленную в основном психическими нарушениями (иногда тяжелыми). В последней группе он выделяет особую подгруппу «факультативной фригидности», или «псевдофригидности», объясняя психогению отсутствием любви, грубостью и невнимательностью мужа, неблагоприятными внешними обстоятельствами и пр.

А. М. Свядощ (1967) предложил классификацию аноргазмии, основанную на клинико-этиологическом принципе.

I. Половая холодность (фригидность — неспособность женщины к переживанию оргазма):
   — ретардационная фригидность носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием (ретардацией) полового чувства;

— симптоматическая фригидность является проявлением какого-либо органического заболевания;
— психогенная фригидность — следствие торможения сексуальной функции психическими факторами (неприязнь к мужу, чрезмерная строгость воспитания, грубость дефлорации и пр.);
— конституциональная фригидность — врожденная недостаточность психосексуальной функции.

II. Дисгамия, или псевдофригидность, — аноргазмия вследствие дисгармонии половых отношений между супругами. Женщина способна получать оргазм, но не получает его по какой-либо причине (ejaculatio praecox, несовершенство техники полового акта, недостаточная эмоционально-эрогенная готовность и пр.).

Так же, как и мы, А. М. Свядощ различает три степени фригидности. M. Voita (1961) все нарушения половой жизни женщины сводит к четырем главным ведущим нарушениям: 1) нарушение полового инстинкта, желания сближения, полового удовлетворения. Сюда же он относит нарушение «чувства родительства»; 2) нарушение сношения (генитальные препятствия), нарушение сексуальной реактивности; 3) нарушение здоровья и личных взаимоотношений, отрицательная установка по отношению к партнеру, неврозы, истощение физическое или психическое; 4) нарушения из-за внешних обстоятельств, неблагоприятные условия сожительства.

Бывают и комбинированные нарушения. В этих случаях M. Voita считает, что для правильного лечения врачу необходимо выявить ведущее нарушение и на нем сосредоточить свое внимание. Вместо старых терминов (фригидность, сексуальная анестезия, аноргазмия) M. Voita предлагает различать: а) сексуальную незаинтересованность от отсутствия интереса до отпора партнеру еще до сношения. Причиной могут быть нарушения взаимоотношений с партнером. Они могут носить временный, проходящий или длительный характер; б) сексуальную безучастность. Здесь имеет место недостаточное ощущение (недостаточная реакция) при половом сношении. Патогенез часто кроется в нервных и психических влияниях; в) сексуальную неуспокоенность. Возбуждение (либидо) есть, оргазма нет (anorgasmus).

Близки к воззрениям M. Voita и представляют большой интерес работы советского психиатра и сексопатолога Н. В. Иванова, опубликовавшего свою классификацию жен-

ской половой холодности в 1974 г. В основу классификации положен этиологический фактор: выясняется, «на какое звено в структуре сексуального влечения женщины» падает тормозное влияние, мешающее получить оргазм. Исследователь выделяет личностные взаимоотношения с партнером и чувственное желание получить наслаждение в процессе интимного сближения. Н. В. Иванов, таким образом, различает следующие компоненты реализации сексуального влечения женщины: а) наличие чувства любви (часто «обожания» мужчины в структуре личностного компонента); б) принятие предложенной мужчиной «мелодии» предварительных ласк, которые приобретают значение «пускового раздражителя», порождающего готовность к «отдаче»; в) возникновение желания, связанного с эрекцией клитора, увеличивающегося во время коитуса (фрикции) и обуславливающего гармоничную суммацию раздражений, приводящих в конечном итоге к оргазму и целостной сатисфакции (удовлетворению), для чего необходима «ласка после действия».

Выясняя подробно, на каком этапе у женщины происходит срыв, Н. В. Иванов строит свою корригирующую психотерапию. При этом он подчеркивает, что если для сатисфакции мужчине всегда необходим оргазм (без него он страдает и физически, и морально), то женщина может получить сатисфакцию на любом этапе, не дойдя до оргазма и не страдая от этого.

Мнение Н. В. Иванова, что женщине для полного удовлетворения (сатисфакции) во время полового акта не всегда необходимо получение оргазма как такового, разделяет и ряд других авторов (A. Malewska, З. В. Рожановская, З. Е. Анисимова и др.). A. Malewska считает даже необходимым в отношении к женщине заменить термин «оргазм» более широким понятием — «половое удовлетворение». Следует отметить, что этот вопрос является дискуссионным, и многие авторы не согласны с данной точкой зрения (например, С. С. Либих).

Надо упомянуть о предложенной в последнее время (1973) П. Б. Посвянским так называемой «клинической дифференциации фригидных больных». Нам эта дифференциация кажется несколько противоречивой.

1. Автор совершенно справедливо, как указывал еще Г. Г. Гентер и как считают многие женские сексопатологи, различает во фригидности либидо и оргазм, но эти два момента тесно связаны между собой. Если либидо может

существовать без оргазма, то оргазма без либидо не может быть. Либидо является как бы стартом в половом цикле, а оргазм — финишем. Поэтому делить страдающих фригидностью женщин на две группы: с нарушением либидо и с нарушением оргазма — нелогично *.

В этиологии полной фригидности первой группы автор считает повинным либо органические и эндокринные заболевания, либо психические заболевания (шизофрения, эпилепсия), отвергая психогенные причины такой фригидности.

Мы (В. И. Здравомыслов) в своей работе занимались исключительно функциональной сексопатологией, и все же среди наших больных была группа пациенток (74 женщины), у которых не только полностью отсутствовало либидо, но имелось отвращение к половому акту. Все эти женщины психически и соматически были здоровы.

2. Нам представляется противоречивым термин «нимфатическая аноргазмия» (без выраженной гиперсексуальности). Ведь нимфомания и есть гиперсексуальность. Возможно, автор имел в виду холодных женщин, жаждущих испытать оргазм и поэтому часто меняющих своих сексуальных партнеров в надежде найти «подходящий половой подбор». Мы этих женщин относим в группу перверситета «фригидный мессалинизм».

3. Не вполне логична трактовка термина «диспарейния» — аноргазмия, по разным причинам сопровождающаяся отвращением к половому акту при наличии либидо. Как может осуществовать либидо (влечение) к акту, вызывающему отвращение?

4. Автор выделяет пункт «вагинизм» (его психогенные формы). Мы считаем, что все формы вагинизма психогенны. Если же спазм вызван наличием ссадин, трещин, расчесов, воспалительных процессов и пр., то это не вагинизм, а «псевдовагинизм», описанный Jaschke. Вагинизм не всегда сочетается с половой холодностью. Очень часто невозможность нормального коитуса из-за спазма может сочетаться с наличием не только либидо, но и оргазма, получаемого при вестибулярном коитусе.

Я. И. Бараш предложил свою рабочую классификацию половых нарушений у женщин, которая охватывает не

---

* Согласно структурному анализу (по Г. С. Васильченко), лучше говорить о «составляющих» женского полового цикла и выделять группы «с преимущественным нарушением либидо» и «преимущественным нарушением оргазма».

только функциональные расстройства, но и все стороны этиологического и клинического характера.

В женской сексопатологии применяются термины, значение которых понимается различно и часто неправильно. К ним относится понятие «диспарейния».

**Классификация женской диспарейнии.** В течение веков не только в отечественной, но и в международной гинекологии были широко распространены два совершенно неправильных с грамматической точки зрения термина: dysmenorrhoea и dyspareunia. Dysmenorrhoea (dys — расстройство, нарушение в дурную сторону, затруднение; men, menos — месяц и rhoe — течение, истечение) в своем точном смысле обозначает «расстройство менструаций», а этих нарушений десятки — это и всевозможные нарушения или особенности цикличности, количества и качества теряемой крови и пр., однако многие поколения врачей-гинекологов привыкли, читая учебники, монографии и журнальные статьи, связывать с термином dysmenorrhoea только один симптом — болевые ощущения, связанные с менструациями.

В. И. Здравомыслов считает необходимым признать за словом dysmenorrhoea лишь более широкое (суммарное) значение любого расстройства менструальной функции. Каждое же расстройство следует обозначать его собственным специфическим термином, в частности, для болезненных менструаций использовать термин «алгодисменорея», а еще лучше — «меналгия». Теперь уже довольно часто употребляется диагноз «алгодисменорея» и пока, к сожалению, еще очень редко — «меналгия» (А. Э. Мандельштам).

Dyspareunia (dys — см. выше, para — около, рядом, при, eune — постель). Последние два слова обозначают «находящийся рядом в постели» супруг. Следовательно, dyspareunia — любое сексуальное расстройство (как мужа, так и жены). Так, Ив. Петров и Т. Бостанджиев (Болгария) считают, что диспарейническая дисгармония в сексуальных переживаниях возникает вследствие отсутствия духовной гармонии между партнерами.

Половая жизнь — парная физиологическая функция. Расстройства половой функции у одного из супругов всегда в той или иной мере касаются и другого. Если на первый план выступают различные виды импотенции, то это будет относиться к dyspareunia virilis; если фригидности или вагинизма — к dyspareunia mulieris. Фактически же обычно термин dyspareunia применяют только по отношению к бо-

лезненности полового акта у женщин, что абсолютно неправильно. Говоря в широком смысле, сексопатология — наука о сексуальных нарушениях мужчин и женщин, или наука о диспарейниях.

Многие авторы болезненность полового акта у женщин считают необходимым звеном в трактовке термина dyspareunia. Так, по Г. Г. Гентеру, dyspareunia — impotentia mulieris dolorosa. Индивидуальные же интерпретации этого термина также многообразны. Так, К. Dietz и P. G. Hesse считают, что во время второй половины беременности, в период кормления ребенка и в старческом возрасте диспарейния является нормальным явлением. Это, конечно, не полностью соответствует истине.

Если S. Schnabl (1972) рассматривает диспарейнию как нарушение или даже невозможность коитуса из-за дефектности женского полового возбуждения, то F. Fleck и M. Fleck (1974) отождествляют диспарейнию с фригидностью. Многие авторы (J. Hynie) связывают термин «диспарейния» и с явлениями вагинизма (vaginism dispareunique). E. Schaetzing (1954, 1957) считает, что за диспарейнией часто скрывается сознательное или несознательное желание избежать беременности. Встречаются и совершенно непонятные, как приведенное выше определение П. П. Посвянского (1973).

Мы предлагаем вернуться к термину dyspareunia в его прямом значении — «расстройства в отношениях между половыми партнерами». Болезненный же половой акт (болевой синдром) может быть как при наличии, так и при отсутствии соматических причин (algopareunia). В последнем случае он будет функциональным или эссенциальным, а по отношению к женщине — algopareunia essentialis mulierum.

**Наша классификация функциональных сексуальных расстройств у женщин** (В. И. Здравомыслов). В своей классификации мы старались в удобной и компактной форме охватить все формы функциональной сексуальной патологии, принимая за основу клинические проявления расстройства.

Для учета эффективности терапии среди различных форм сексуальных расстройств женщин мы выделили следующие, наиболее часто встречающиеся клинические группы:

*А. Половая холодность женщины (фригидность).*

1. Первичная полная фригидность:

а) отсутствие либидо, отвращение к половому акту;

б) отсутствие либидо, индифферентность к половому акту;
в) наличие либидо, но полное отсутствие оргазма.

2. Вторичная полная фригидность:
   а) потеря либидо, отвращение к половому акту;
   б) потеря либидо, равнодушие к половому акту;
   в) либидо еще сохранено, потеряна способность получать оргазм.
3. Частичная фригидность (первичная и вторичная) может колебаться от почти полной фригидности до почти полной потентности. Все формы фригидности могут сочетаться с функциональным болевым синдромом.

*Б. Функциональный болевой синдром при нормальном гинекологическом статусе (algopareunia).*

1. Системное неврозоподобное поражение внутренних половых органов (кроме влагалища): соляриты (солярозы), фантомные гинекологические боли и пр.
2. Системное неврозоподобное поражение половых органов, уретры и влагалища (болевой синдром).
3. Системное неврозоподобное поражение наружных половых органов (зудящий синдром).
4. Системное неврозоподобное поражение наружных половых органов с резко выраженным чувством «горения», «жжения» (causalgia vulvae).

*В. Вагинизм.*

*Г. Нимфомания:*

а) у молодых;
б) климактерическая.

*Д. Чрезмерная мастурбация.*

*Е. Чрезмерные поллюции.*

*Ж. Прочие (редкие) виды расстройств.*

*З. Перверсии и перверситеты.*

**Причины половой холодности женщин.** Отсутствие у женщины сексуальных желаний (либидо) называется асексуализмом или гипосексуализмом. Причина часто кроется в эндокринных нарушениях, в первую очередь в инфантилизме. Эти случаи подлежат гормональному лечению. В настоящем разделе нас будут интересовать первичная или вторичная половая холодность у нормально развитых взрослых женщин (первичная или вторичная аноргазмия).

Патогенез половой холодности схематично может быть сведен к четырем основным группам расстройств: 1) последствия, связанные с дефлорацией; 2) отсутствие эмоцио-

нально-эрогенной готовности женщины; 3) другие психогенные причины; 4) неправильная техника полового акта.

Каждая из этих четырех групп многообразна, возможно сочетание факторов различных групп. Укажем наиболее частые варианты.

**Последствия, связанные с дефлорацией.** Начало половой жизни у каждой женщины связано с дефлорацией, и последняя, в зависимости от обстоятельств, может оказать большое влияние на всю последующую семейную жизнь женщины. Дефлорация для каждой женщины, бесспорно, является стрессом (H. Selye, В. К. Мягер). В каждом случае этот стресс может быть либо «небольшим», приносящим даже положительные эмоции, либо «чрезмерным», наносящим женщине большой вред.

Среди обстоятельств, вызвавших после дефлорации печальные последствия, наиболее часты: а) грубая дефлорация, б) изнасилование, в) тайное сожительство и г) коварство жениха.

Многое зависит от анатомического строения девственной плевы, но не меньшим фактором являются такт и бережное отношение мужа к первому знакомству его жены с половыми ощущениями. Известно 24 вида девственной плевы (Л. Я. Мильман, Hoffmann). Ее отверстие имеет самые различные формы.

Обычно разрыв девственной плевы сопровождается небольшой болезненностью и незначительным кровотечением. Если отверстие гимена было достаточно широко, а надрыв его при деликатном подходе мужа небольшим, дефлорация не доставляет женщине отрицательных эмоций.

Бахромчатая форма девственной плевы с широким отверстием и легко растяжимыми краями часто дает возможность не только совершать коитус, но даже иногда осмотреть женщину зеркалом без нарушения целости плевы. Это обстоятельство в ряде случаев может повести к неприятным последствиям, давая повод мужу заподозрить новобрачную в отсутствии девственности. Приводим следующий пример.

Студентка одного из технических вузов с 1-го курса дружила со своим сокурсником. Все время проводили вместе. Перед окончанием института решили пожениться. Первая брачная ночь, несмотря на страх, не принесла девушке больших огорчений. Боль была незначительная, тупая, а крови не было совершенно. Наутро новобрачный обвинил жену в отсутствии девственности.

Напрасно со слезами обиды говорила она ему: «Ведь ты знаешь

всю мою жизнь, ведь мы все время вместе!» — «Значит, ты жила до института». Собрал вещи и уехал. Больше они не виделись.

На прием к гинекологу пришла по поводу беременности и рассказала свою трагедию. При осмотре гимен цел, бахромчатой формы, легко растяжим, никаких надрывов не обнаружено. Мы вызвали мужа, все ему объяснили. Он как будто осознал свое постыдное поведение, хотел мириться, но женщина категорически отказалась. «Если он с первых минут оказался таким негодяем, что может случиться за всю совместную жизнь? Такому человеку нельзя доверять!» Сделали аборт, развод состоялся.

Обычно девственная плева такой формы разрушается только при прохождении головки ребенка по родовым путям.

**Грубая дефлорация.** Если же отверстие гимена мало, да к тому же края его очень мясисты или сухожильны, то дефлорация может нанести женщине психическую травму, особенно если она сопровождалась сильным кровотечением, часто требующим для своей остановки оперативного вмешательства. Надо сказать, что это бывает не так редко.

Приводим один из таких случаев.

«Скорой помощью» в больницу им. Эрисмана доставлена молодая женщина 22 лет, бледная от большой потери крови. Изрядно выпивший новобрачный никак не мог произвести дефлорацию. Женщина вырывалась, кричала от резкой боли, но супруг был неумолим и, наконец, совершил коитус. Началось сильнейшее кровотечение, пришлось вызвать «скорую помощь». При осмотре гимен цел, представляет собой толстую сухожильную перегородку с небольшим отверстием. На промежности в области centrum tendineum зияет огромная рана с рваными краями. Из раны выделилось небольшое количество крови с примесью кала. Диагноз: центральный разрыв промежности со вскрытием прямой кишки.

Ввиду чрезвычайной эксквизитности случая немедленно позвонили профессору К. К. Скробанскому, который не замедлил приехать. Ход операции: разрез сухожильного гимена и промежности через рваную рану и дальше — до кишки. Получился искусственный разрыв промежности III степени. Послойное зашивание. Одновременно произведено возмещение кровопотери. Первые дни послеоперационный период протекал гладко, но на 9-й или 10-й день швы разошлись, из раны показался кал. Через некоторое время вторичная операция с тем же результатом, потом третья, четвертая. Результат тот же: на второй неделе из раны снова выделялся кал. Больная лежала больше года в клинике, постоянно плакала, мужа возненавидела, запретила ему ее навещать.

Этот случай, очевидно, заставил К. К. Скробанского изменить свое мнение, основанное на более раннем случае. В 1899 году К. К. Скробанскому уже пришлось оказывать помощь при центральном разрыве промежности и целой девственной плеве. Он тогда высказал мнение, что в катастрофе виновата не плотность гимена, а неправильное направление пениса при чересчур сильном возбуждении и неправильном положении женщины. Тогда рана проникла в

ректовагинальную клетчатку без вскрытия прямой кишки. Теперь К. К. Скробанский пришел к выводу, что плотность гимена и неправильное поведение мужа играли ведущую роль.

Если случаи повреждений половых органов во время коитуса, очевидно, уже насчитываются тысячами (часть этих работ мы цитируем далее), то центральные разрывы промежности с оставлением неповрежденной девственной плевы являются уникальными. Так, еще до К. К. Скробанского в Финляндском акушерско-гинекологическом обществе 15. IV. 1866 года Price сделал доклад о вульворектальной фистуле (центральный разрыв промежности) при целости девственной плевы. Через эту фистулу, полученную в первую брачную ночь, в течение трех недель происходили резко болезненные половые сношения, несмотря на развивавшееся у больной недержание газов и кала.

Особенно часто такие осложнения бывают, если дефлорация проходила крайне грубо (в пьяном виде).

К. Славянский в своем руководстве по женским болезням высказал сомнение в достоверности случаев серьезного повреждения половых органов женщины во время полового сношения, а в учебнике судебной медицины Maschka даже нет указаний на повреждения sub coitu. Winckel, E. Hoffmann и Fritsch, J. Veit считали, что такие повреждения возможны только при патологически измененном влагалище, например, atrophia senilis.

Но жизнь показала иное. Уже в середине и конце прошлого столетия появились многочисленные работы о тяжелых повреждениях sub coitu, часто кончающихся смертью. Так, F. K. Meissner сообщил о двух молодых голландках, умерших в первую брачную ночь от кровотечений, полученных при дефлорационных разрывах, и об одной смерти через несколько дней, наблюдаемой им лично. Затем следуют сообщения Zeiss, Еськова, Масалитинова и Боряковского, Hofmokl, Савина, E. Frank, И. М. Львова, Л. В. Гогенлендера, Schefer, описывающих такие разрывы, а А. А. Сицинский сообщил даже о случае отрыва sub coitu сводов от шейки матки (всего заднего, всего левого и половины правого свода). Савин, Масалитинов, Боряковский и другие описали ректовагинальные свищи.

Во избежание постдефлорационных осложнений мы настоятельно советуем всем вступающим в брак проходить предбрачные осмотры. В случаях такого анатомического строения девственной плевы, которое при дефлорации мо-

жет повести к сильному кровотечению, мы рекомендуем гинекологам заранее подготовить такую женщину частичным расширением гимена под местной анестезией. В редких случаях показано оперативное вмешательство.

Наиболее частым осложнением болезненной дефлорации или мучительных неэффективных попыток к ней является тяжелое заболевание — вагинизм, которое мы разберем далее в соответствующем разделе.

Крайне тяжелые повреждения половых органов женщины возможны не только у девственниц, но и у женщин, давно живущих половой жизнью, а иногда даже рожавших. Neugebauer в своей работе «Venus cruenta» сообщил о 157 случаях тяжелых разрывов половых органов sub coitu. В 22 случаях травма окончилась летально.

Среди причин разрывов при половом сношении Neugebauer особо выделяет: 1) грубость мужчины, 2) состояние опьянения мужчины или даже обоих партнеров, 3) разница в величине пениса и влагалища, 4) патологическое состояние тканей половых органов женщины (инфантилизм, беременность, послеродовое состояние, старческая атрофия и пр.) и 5) неправильное положение женщины во время полового акта.

В начале нашего столетия количество работ, посвященных повреждениям половых органов женщины при сношениях, заметно увеличивается. Некоторые из авторов сообщают о значительном числе наблюдений. Так Wichmann наблюдал 170 случаев сексуальных повреждений, из них 17 (10%) окончились смертельно. Один из летальных случаев относится к женщине, беременной на 9-м месяце, имевшей сношение стоя. М. Е. Распопова-Виноградова сообщила о 20 случаях, а С. В. Розов — о 16 случаях таких повреждений. Оба автора главную причину разрывов видели в грубости и насилии. С. В. Розов, кроме того, считает, что может играть роль и чрезмерная величина пениса. Писали об этих повреждениях также Bonstedt G. E. (1902), П. Г. Бондарев (1912), А. Д. Дремлюг (1914), Bollag (1914), Frankl и многие другие.

А. Л. Верт за 4 года работы в гинекологическом отделении наблюдал 26 случаев разрывов влагалища во время полового акта, что составляет 0,15% ко всем поступившим за это время в указанное отделение больницы. Это была единственная попытка статистически выявить частоту повреждений sub coitu.

Необходимо сказать, что эта проблема и по сей день не

утратила своего значения. Приведем здесь лишь наблюдения последних лет, дающие понятие о сексуальных травмах. В. Е. Киселева (1969) приводит данные Института им. Н. В. Склифосовского (Москва) за 8 лет. За это время доставлено 330 женщин и девушек с травматическими повреждениями половых органов. В 61 случае травма была получена при дефлорации, в 13 — при половом акте, совершенном в пьяном виде, 11 случаев коитуса в старческом возрасте, 9 случаев изнасилования, 1 случай коитуса после родов и т. д.

А. М. Мажбиц и В. Г. Назаров за 11 лет (1958—1968 годы) наблюдали в Новокузнецке 170 случаев гинекологических повреждений, из них 43 травмы были получены при половом акте (34 женщины и 9 девочек от 4 до 12 лет).

Я. С. Кленицкий в своей работе учитывал исключительно разрывы сводов влагалища, полученные во время полового акта. За 10 лет только в одном родильном доме им. Шредера (Ленинград) было зарегистрировано 67 случаев таких разрывов. Задний свод был разорван в 17 случаях, левый — в 20, правый — в 30. Разрыва переднего свода не наблюдалось вовсе.

Приведенные цифры свидетельствуют о частоте и тяжести сексуальной травматизации.

Мы полностью согласны с А. Л. Вертом, считавшим, что, очевидно, эти разрывы бывают чаще, но вследствие стыдливости женщины обращаются к врачам только тогда, когда их к этому вынуждает тяжелое состояние. В подтверждение этому приведем несколько опубликованных случаев. Случай, опубликованный А. Н. Лебедевой и Л. М. Кулагиным.

Новобрачная, 30 лет. Крайне болезненная дефлорация. Доставлена в стационар только через 4 дня. И все эти дни крайне болезненные половые сношения. Температура тела 39° С, СОЭ — 50 мм/ч. При осмотре: половая щель зияет, девственная плева с разрывом по нижнему краю. Разрыв задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки на 5—6 см. Выделения —кровь с калом. Ректально — на передней стенке прямой кишки на 3 см выше сфинктера рана, пропускающая 3 пальца во влагалище. Операция: иссечение краев раны и зашивание трехэтажными швами со стороны влагалища. На 11-й день при клизме — вода из влагалища. Свищ, который медленно (в течение 55 дней) самостоятельно закрылся.

Случай, описанный А. А. Повзло и Н. Т. Романенко.

Новобрачная 25 лет была доставлена в клинику 7. 1. 1966 года. Резко болезненная дефлорация 1. 1. 1966 года. Еще 5 дней ежедневно продолжались резко болезненные половые сношения. При осмотре в

заднем своде обнаружено отверстие диаметром 5×5 см, проникающее в брюшную полость. Острый живот. Лапаротомия. Рана зашита как со стороны брюшной полости, так и со стороны влагалища. Дренаж катетером через влагалище.

Случай, описанный А. Я. Яковлевым.

В 1958 году девочка 14 лет была изнасилована своим двоюродным братом, но из стыдливости никому ничего не сказала. В мае 1961 года он ее в пьяном виде изнасиловал вторично, на этот раз через прямую кишку, а во влагалище ввел добавочно палец. У девочки развились сильные боли в животе, недержание кала и мочи, длительное кровотечение из прямой кишки. Из чувства ложной стыдливости обратилась к гинекологу только в августе 1961 года. Врачи заподозрили внематочную беременность и наблюдали девочку до 26. IX, после чего перевели больную в хирургическую клинику Куйбышевского медицинского института с диагнозом: уретрально-везиковагинальный свищ, ранение прямой кишки. Девочка перенесла 4 операции: наложение anus praeternaturalis и две безэффективных операции на свище. После третьей операции свищ закрылся. Все перенесенное привело к реактивному психозу, и 9. 1. 1962 года больная переведена в психиатрическую клинику.

Во всех трех случаях из-за ложной стыдливости женщины слишком долго не обращались к врачу. В двух случаях мужья, нанеся тяжелые повреждения, ежедневно продолжали половую жизнь.

В крайне редком случае, описанном З. Н. Волковым, у старушки 73 лет, доставленной в тяжелом состоянии в больницу, был обнаружен разрыв заднего свода влагалища с повреждением и выпадением петли тонкой кишки. Нам кажется, что из того же чувства стыдливости она скрыла от врачей бывший у нее коитус и сказала, что накануне получила удар в промежность. Каким бы ни был удар, он в первую очередь порвал бы промежность, а не задний свод. Жаль, что автор, описавший такой редкий случай, не уточнил как следует анамнез.

Интересны работы И. З. Дынкиной, освещающие сексуальные травмы с судебно-медицинской точки зрения.

При половом акте наиболее рискованными в отношении опасности разрывов являются позиции, ведущие к укорочению длины влагалища (резкое поднятие ног как при обычной позиции, так и у женщины, лежащей поперек кровати при стоящем мужчине, сидение женщины верхом на лежащем на спине мужчине и, отчасти, при коленно-локтевой позиции).

Среди других причин разрывов ряд авторов упоминают бурный коитус, сильное возбуждение женщины, которое может вести к судорожному сокращению всей мускулатуры малого таза. Это сладострастное возбуждение женщины

иногда может наблюдаться даже при больших разрывах и обильном кровотечении при дефлорации.

Описание подобной смерти от кровотечения, полученного при дефлорации, мы встречаем в поэме Овидия Назона «Смерть Лаисы».

Известный немецкий гинеколог Stöckel считает, что судьба брака решается в первую брачную ночь. По его мнению, жена никогда не забывает, как муж с ней при этом обращался. Прав О. Бальзак, завещавший мужьям в своей «Физиологии брака» «не начинать брака с изнасилования, так как судьба брака очень часто зависит от первой брачной ночи». R. Neubert предостерегает молодых мужей: «Если девушка еще не дефлорирована, надо побороть ее смущение и страх, дать ей привыкнуть к мужу, а не набрасываться на нее в первую ночь».

Л. Я. Якобзон в своей «Половой холодности женщины» приводит высказывания д-ра Serin о «законном изнасиловании», об ужасе и отвращении, возникающем у жены после этого к мужу.

И, наконец, приведем высказывание А. Малевской (обследовавшей сексуальную жизнь 880 женщин) на польском сексологическом симпозиуме, посвященном женской холодности (Варшава, 1967): «Решающую роль в становлении нормальной сексуальности женщины играет «сексуальный старт». Чем успешнее были первые сексуальные шаги, тем больше надежды на нормальный брак, чем неудачнее, тем больше страха или индифферентности перед будущими встречами».

В некоторых случаях чрезмерная агрессия и грубость мужа в первую брачную ночь могут повести к развитию так называемого «спонзалистического психоза» (психоз, связанный со свадьбой), psychosis nuptialis, одним из симптомов которого является отвращение не только к половому акту, но и вообще к мужу.

Н. Л., 41 год, менструирует с 12 лет с резкими «девичьими меналгиями». Замужем с 19 лет. Дефлорация была крайне болезненна. Кричала, кусала губы, вырывалась, но муж силой овладел ею. С тех пор панический страх перед половой близостью, каждый коитус сопровождается мучительной болью и громкими криками. Н Л. всячески избегает «мучений», изобретая ряд уловок: то задерживается на кухне, пока муж уснет, то даст ему лишнюю рюмку коньяку, после которой он засыпает, то сошлется на головную боль, то на затянувшуюся менструацию и пр. Говорит: «В девушках я мечтала ходить с мужем в театры, кино, на концерты, на выставки, читать вместе книги, обсуждать их, а в жизни все оказалось иначе — одни мученья, мужу же от меня, кроме половой близости и ведения домашнего хозяйства, ничего

не надо». И так все 22 года супружеской жизни. Первичное бесплодие, в молодости находили «недоразвитую матку».

При исследовании: небольшая интерстициальная фиброма матки с левосторонним субсерозным узлом. Придатки в норме, параметрии свободны, исследование совершенно безболезненно. Назначены психотерапия, гимнастика ануса, метилтестостерон, чага.

После трех сеансов внушения в неглубоком гипнотическом состоянии перестала кричать при коитусе, так как он стал почти безболезненным и даже несколько приятным. Сон стал значительно лучше.

После 8-го сеанса менструации безболезненны, женщина стала спокойнее, плакать перестала. Головных болей почти нет. Н. Л. перестала избегать половой близости. После появления самостоятельного либидо начала испытывать оргазм. Больная получила 13 сеансов внушения. Семейная жизнь наладилась.

Изнасилование является еще более острой психической травмой, часто вызывающей у женщины целый ряд нейропсихических и соматических осложнений. В большинстве случаев невротические жалобы после изнасилования имеют депрессивный характер.

А. Л., 24 года. В 18-летнем возрасте больная проходила пустырем, на нее набросились два бандита. А. Л. стала кричать, но ей поднесли бритву к горлу: «Если будешь кричать, зарежем!» — и 2 раза ударили по виску. А. Л. потеряла сознание. Один бандит изнасиловал ее, на крики бросились прохожие и милиционер. Бандиты убежали. Долго ходила с синяками и в крайне нервном состоянии, длительно тянулось кровомазанье, беспокоили боли в низу живота и в области наружных половых органов. В 21 год А. Л. вышла замуж. С первого же коитуса резкая болезненность. Больная кричит от боли и так «дерется с мужем», что «он даже с кровати слетает на другой конец комнаты». Возник сильнейший страх при одной мысли о половой близости, а муж «требует». И так три года боли и ужасы. Три гипносуггестивных сеанса в состоянии гипотаксии сняли этот страх.

Х., 35 лет, лаборантка, шатенка атлетического телосложения, оволосение по женскому типу. Менструирует с 13 лет, каждый месяц, скудно, по 3 дня, но с самого начала резко болезненно, из-за чего 6 лет тому назад было произведено расширение шейки матки, но боли не уменьшились.

С 14 до 19 лет умеренно мастурбировала. В 19 лет подверглась групповому изнасилованию несколькими «рыбаками». С тех пор нервное состояние, частые слезы, бросила мастурбировать, страх перед половой жизнью. Все же через 2 года вышла замуж. Первичная половая холодность (страх половых сношений). Постепенно стала привыкать к мужу, за последний год половое общение изредка немного приятно, но ни оргазма, ни либидо нет. Первичное бесплодие, хочет иметь ребенка и потому приехала в Евпаторию на грязи. При гинекологическом осмотре: гипоплазия матки. Получила 13 «трусиков», 10 влагалищных грязевых тампонов и 5 сеансов гипнотерапии по поводу общего нервного состояния, болезненных менструаций и фригидности с глубиной сна, равной гипотаксии. Общее состояние значительно лучше; перестала плакать, стала спокойной, начало появляться либидо. На запрос через полгода сообщила, что половая жизнь наладилась, стала испытывать оргазм, менструирует без боли.

Тяжелейшие болевые синдромы могут развиться и на почве психической травмы.

**Последствия психических травм.** В некоторых случаях причиной половой холодности может явиться психическая травма, перенесенная женщиной много лет тому назад.

М З, 39 лет. Жалобы на резкую общую слабость, несмотря на нормальную упитанность. Упадок настроения и сил, полная фригидность Замуж вышла поздно, 5 лет тому назад. Ни разу не испытывала оргазма Бесплодна. При гинекологическом исследовании: несколько инфантильная матка с конической шейкой, придатки в норме, параметрии свободны Явления общей астении продолжаются много лет, но после замужества в связи с диспарейнией чувствует себя хуже. Бросила работу бухгалтера. Психическую травму во время первого опроса выявить не удалось, хотя таковая, очевидно, имелась. Больная, несмотря на наводящие вопросы, отмалчивается. Получила три сеанса внушения в легком гипнотическом состоянии Внушались бодрость, жизнерадостность, хороший аппетит, появление либидо и приятность полового акта Настроение значительно улучшилось, больная стала бодрее, появился аппетит и некоторый интерес к делу и семье, но к половой жизни по-прежнему равнодушна.

Придя на 4-й сеанс, рассказала, наконец, о психической травме. Когда М. З. было 18 лет, за ней настойчиво ухаживал молодой моряк, но она сильной любви к нему не чувствовала, считала себя слишком молодой для брака и поэтому категорически отказала ему.

«Если ты не выйдешь за меня замуж, я сейчас отравлюсь!». Она не приняла его слова всерьез и сказала: «Если ты такой глупый, то травись!». Моряк вынул из кармана цианистый калий и проглотил. Умирая на ее глазах, он успел сказать, что она никогда ни с кем не будет счастлива, так как он каждый раз будет приходить к ней «с того света», и она всю жизнь будет помнить его смерть. Так и случилось.

М. З. из веселой девушки сделалась печальной и задумчивой. Образ покойного жениха не покидал ее ни на минуту. Она стала избегать знакомств с мужчинами и долгое время не выходила по этой причине замуж, хотя с годами стала мечтать о любви и тихой семейной жизни.

Выйдя замуж в 34 года, она при первой попытке к коитусу «увидела» в ногах кровати покойного жениха Она закричала: «Он стоит, он стоит, он смотрит!». Ею овладел ужас. На крики сбежались родные, еле ее успокоили. При каждой новой попытке мужа к половой жизни немедленно «являлся покойник», укоризненно на нее смотря. Снова ужас и истерические крики. Так продолжалось несколько лет. Наконец, произошла дефлорация под крики: «Он здесь! Он стоит! Он смотрит!». Постепенно страх стал проходить, но развилось полное равнодушие и отвращение к половому акту, который по-прежнему происходил каждый раз в «присутствии» покойника.

Вскрыв психическую травму, мы во время четвертого сеанса сделали категорическое внушение больной не вспоминать больше своего бывшего жениха. Внушалось, что во время полового акта она будет сосредоточивать все свое внимание только на коитусе и, вследствие этого, начнет испытывать оргазм. Одновременно была назначена интенсивная гимнастика заднего прохода.

Перед пятым сеансом М. З. заявила, что покойный ее уже больше не беспокоит, половая жизнь стала ей приятна, хотя оргазма еще нет. Повторные внушения. Придя через неделю, пациентка воскликнула:

«Вы, доктор, кудесник! Это так очаровательно!». Половая жизнь наладилась полноценно.

Встречаются непорядочные мужчины, которые добиваются овладения девушкой ложным обещанием оформить брак в ближайшее время, а добившись своего, отказываются от регистрации брака. Такое коварство жениха часто пагубно влияет на всю дальнейшую половую жизнь обманутой невесты.

З. С., 31 год, инженер, менструирует с 12 лет с сильнейшими болями Когда З. С. был 21 год, жених (женатый мужчина) пришел к ее матери и сделал официальное предложение, которое было принято. Начались уговоры начать половую жизнь, не дожидаясь развода. Это была первая любовь З. С., она беспредельно верила каждому его слову и согласилась.

Дефлорация была крайне болезненной с обильным кровотечением. После дефлорации жених отказался разводиться. Больная тяжело переживала психическую травму, много плакала. Тело и руки покрылись псориазом, который в течение 10 лет не поддавался никакому лечению, что очень удручало З. С. Через 4 года вышла замуж, но выявилась полнейшая индифферентность к половой жизни. Первичное бесплодие при большой жажде материнства. Каждый месяц с нетерпением ждет задержки менструаций, но все напрасно. При осмотре — фиксированный загиб матки кзади. Начато комплексное лечение (гипносуггестивная терапия, коленно-локтевая гимнастика, гимнастика мышц промежности, гинекологический массаж).

Вскоре после начала лечения появилось либидо, коитус стал приятным, тело быстро стало очищаться от псориаза. После 8-го сеанса псориаз полностью исчез, а после 9-го начала испытывать оргазм при каждом половом акте. Родила 2 детей. Кожа чистая, рецидивов псориаза не было, счастлива.

**Большая разница в возрасте. Брак с нелюбимым.** По данным Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (Е. К. Яковлева), только 28% наблюдаемых фригидных женщин отметили, что они вступили в брак по любви, остальные — после уговоров родителей, по расчету, из уважения к мужу, причем часто поспешно, необдуманно, лишь бы не остаться без семьи.

Мы не проводили тщательных статистических исследований, но разделяем эту точку зрения. Среди наших больных известный процент браков был заключен из желания получить прописку в Москве или в Ленинграде. Такие браки, заключенные без взаимной любви, часто обрекают женщину на фригидность.

Н. Р., 52 лет, преподаватель. Страдает фибромиомой матки в стадии регрессии, климактерическим синдромом (1 год 3 месяца) и ятрогенной канцерофобией, которая резко усилилась после смерти матери от рака яичников три года тому назад. К тому же часть врачей настаивала на операции по поводу фибромиомы, пугая больную перспек-

тивой смерти от злокачественной опухоли. Крайне нервное состояние. На этом фоне — неудачная половая жизнь: в течение всей жизни первичная полная фригидность

Первый раз вышла замуж в 23 года не по любви за мужчину значительно старше себя. Развилась полная первичная фригидность. Несмотря на это, имела три беременности: одни роды 27 лет тому назад и вскоре 2 аборта. После смерти мужа долгое время половой жизнью не жила: не было потребности. Второй брак в 37 лет. Муж незрячий, на 15 лет моложе. Большой любви не было, либидо также не было, но Н Р. хотела дать мужу образование. Этому она отдала все свои помыслы. С ее помощью муж окончил сначала среднюю школу, затем университет и сейчас работает над диссертацией. Н Р. привыкла к мужу, но к половой жизни всегда была равнодушна, а в последнее время даже тяготится ею. Больная считает, что половая жизнь в климаксе вредна, а муж настаивает. Начались семейные конфликты, появились мысли о разводе.

Гипносуггестивная терапия сняла все жалобы. После первого сеанса появилось либидо, Н. Р. стала получать оргазм при каждом половом акте. Постепенно прошла канцерофобия, смягчился климактерический синдром. Жалоб нет. Больная спокойна. Настроение жизнерадостное.

**Последствия абортов и операций.** Нужно согласиться с Мирославом Войтой (1961), что каждое оперативное вмешательство на женских половых органах должно проводиться с учетом того, как оно отразится на сексуальной функции. Это относится не только к чревосечениям, но и к пластическим операциям влагалища и промежности по поводу послеродовых травм.

К сожалению, эта сторона вопроса часто не учитывается. Так, у больной З. С., которая забеременела и родила, страдая тяжелейшим вагинизмом, врач после родов так зашил разрыв промежности II степени, что влагалище не могло пропустить даже мизинца. Половая жизнь, конечно, снова была невозможна.

Гинеколог, оперируя больную А. Б. по поводу опущения стенок влагалища, создал настолько высокую промежность (7 см) и настолько сузил влагалище, что в течение трех лет половая жизнь была крайне затруднена и резко болезненна.

Особое место в сексопатологии занимают операции кольпопоэза — создании искусственного влагалища при врожденном его отсутствии. Женщины, которые были вынуждены пользоваться исключительно вестибулярным коитусом, приобретали возможность не только нормальной половой жизни, но в некоторых случаях могли даже иметь детей. Самый экскивизитный в этом отношении случай пациентки Paula Hübl, которую оперировал в Праге Wagner.

Она благополучно родила через искусственное влагалище 3 детей, причем последний весил 4500 г.

W. Masters и V. Johnson среди своих больных обследовали несколько женщин с искусственным влагалищем. У этих женщин, само собой разумеется, авторы отметили отставание ряда реакций, особенно более позднюю и менее эффективную люмбрификацию, более удлиненную заключительную фазу. Конечно, женщина с искусственным влагалищем и должна быть менее сексуальной, но бывают и исключения.

Первое в мире искусственное влагалище было создано в Петербургской военно-медицинской академии больной А. Г. 2 ноября 1909 года профессором Д. Д. Поповым. Через 16 лет после операции (1925) мне (В. И. Здравомыслов) удалось обследовать эту больную. Наружные половые органы не имели отклонений от нормы. Влагалище свободно пропускало 2 пальца, глубина его 10—12 см. А. Г. все 16 лет жила интенсивной половой жизнью, которая и ей и ее мужу доставляла полное удовлетворение. Результатом операции была несказанно довольна.

Между прочим, нам приходилось наблюдать подобные гинатрезии у родных сестер, это же наблюдали Б. Я. Динец и K. Hille.

Из остальных операций необходимо остановиться на удалении матки и яичников. Наиболее пагубно на сексуальную функцию влияют пангистерэктомия и двустороннее удаление яичников в детородном возрасте. В обоих этих случаях, как правило, сразу же в послеоперационном периоде может развиться полная половая холодность с потерей либидо и явлениями «выпадения» — кастрационный синдром (искусственно вызванный климакс).

Если у кастрированных после начала половой жизни мужчин в ряде случаев может сохраняться либидо и даже выраженная эрекция, дающая возможность совершать половой акт (без эякуляции) только условно-рефлекторным путем (воспоминания), то у некоторых кастрированных женщин возможно получение приятного ощущения при коитусе за счет продолжающейся работы надпочечников, так как вырабатываемые ими андрогены играют большую роль в сексуальности женщины.

В случае доброкачественности процесса нормальную сексуальную жизнь можно наладить заместительной гормональной терапией или психотерапией. При злокачественном процессе заместительная гормональная терапия категори-

чески противопоказана и остается только гипносуггестивная терапия, которая в некоторых случаях может дать положительный результат.

Н. В., 37 лет, конструктор. Менструирует с 14 лет. Вышла замуж в 25 лет. Вскоре забеременела. Роды были осложнены ручным отделением последа и разрывом шейки матки. Через 2 года при выскабливании полости матки по поводу кровотечения был обнаружен пузырный занос, а через 9 месяцев после этого диагностирована хорионэпителиома, по поводу которой была произведена пангистерэктомия с последующей рентгенотерапией (10, 800 R).

Вскоре развился тяжелый кастрационный послеоперационный синдром с многочисленными жалобами. Начались сильные приливы с последующими потами, резкие головные боли с пульсацией в висках, головокружения (качает, шатает), кратковременная потеря сознания. Больная стала злой, крайне раздражительной и обидчивой, она постоянно плачет, ей хочется кричать (но сдерживается), подавленное настроение. Появились сердечные спазмы, сердцебиение и одышка, тошнота и пульсация в животе, резкая слабость. Артериальное давление «скачет» от 100/50 до 180/120 мм рт. ст. (транзиторная гипертония). Н. В. не может ни читать, ни смотреть телевизор, ни долго разговаривать. Развился тяжелый «писчий спазм» (не может ни писать, ни чертить), ослабело зрение («туман в глазах»). Больную стали раздражать запахи, она не переносит шума. Появились всевозможные страхи — ей казалось, что она «сходит с ума».

К половой жизни, бывшей ранее полноценной, испытывает отвращение. Развелась с мужем, но он изредка приходит и требует близости. По словам больной, она все 8 лет была «ходячим трупом». Все 8 лет лечилась всевозможными методами, в том числе и гормональными препаратами, без эффекта.

Начата гипносуггестивная терапия. Внушенный сон постепенно углублялся и дошел до степени гипотаксии. Делалось внушение с перечислением всех жалоб, которые должны быть ликвидированы (здесь наглядно видна незаменимость метода графической записи жалоб). Женщина почувствовала значительное облегчение. Придя на второй сеанс, сообщила, что ни разу не плакала, головные боли уменьшились, головокружение прошло, сердце не беспокоит, стала легко двигать головой.

С каждым сеансом облегчалась часть жалоб, силы стали прибывать, появился интерес к жизни и работе. К концу лечения чувствует себя совершенно здоровой и трудоспособной. Появилось либидо, больная вновь сошлась с мужем, число оргазмов постепенно возрастало.

Этот пример наглядно показывает, что гипносуггестивная терапия может снять тяжелый кастрационный синдром и вернуть женщине способность к половой жизни.

Экстирпация матки с оставлением придатков значительно меньше нарушает сексуальную жизнь женщины, особенно если она имеет клиториальный или вагинальный оргазм. Если же у женщины ранее был цервикальный (маточный) оргазм, то нарушения из-за отсутствия шейки матки будут значительно больше. Кроме того, после экстирпа-

ции матки влагалище представляет собой слепой мешок с рубцом на дне. Да и глубина оставшегося влагалища из-за отсутствия заднего свода делается меньше. Все это заставляет супругов долгое время (пока влагалищный рубец основательно не окрепнет) быть крайне осторожными, чтобы не нанести тяжелой травмы.

Поэтому единственной безопасной позицией после экстирпации матки будет следующая: коитус начинается в обычной (классической) позиции (мужчина лежит сверху). После осторожного введения полового члена во влагалище женщина сдвигает ноги, а мужчина, наоборот, раздвигает ноги и как бы охватывает ноги женщины. Благодаря этому во влагалище входит только часть полового члена, кроме того, проходя мимо клитора, он обеспечивает значительное его раздражение.

При надвлагалищной ампутации матки с оставлением яичников долгое время почти не страдают ни техника коитуса, ни половые ощущения женщины. В ряде случаев из-за прекращения страха перед нежелательной беременностью женщина может проводить коитус без отрицательного стресса и потому чаще испытывать оргазм.

Какие же процессы развиваются в яичниках после удаления матки? Этот крайне актуальный для сексопатологов вопрос был предметом исследования ряда авторов (A. Cekanski, J. Kanwiszer, B. Skorupe, T. Zacek et al.).

Наблюдения показали, что через некоторое время после операции яичники постепенно начинают атрофироваться. Очевидно, не только яичники обусловливают фазы менструального цикла, но существует и обратная связь — эндометрий необходим для нормального функционирования яичников. Если при надвлагалищной ампутации оставить хотя бы небольшой участок эндометрия, способного обусловить хотя бы короткие и скудные, но все же менструации, то атрофии яичников не происходит. Все эти сексологические соображения каждый гинеколог должен помнить при любой операции.

В некоторых случаях даже после технически правильно произведенных операциях причиной резкого снижения либидо и сексуальной способности явились фантомные боли после операции на матке или придатках. Еще чаще очень неблагоприятно сказываются на половой функции аборты, особенно если они протекают с осложнениями или очень болезненно.

Аборты, как медицинские, так, особенно, криминальные,

являются для многих женщин тяжелой биологической и психической травмой, в большом проценте случаев ведущей к различным, иногда многолетним сексуальным нарушениям (В. И. Здравомыслов, 1930; А. Н. Молохов, 1962; M. Ekblad, 1955; M. Voita, 1961 и др.). Так, M. Ekblad, обследуя 479 женщин, перенесших аборты, в 35% случаев нашел осложнения в виде депрессивных состояний от легких до крайне тяжелых. В некоторых случаях они приводили к разрыву брака.

М. Е., 33 лет, кассир, замужем с 21 года. В анамнезе 5 беременностей: 2 беременности закончились нормальными родами и 2 — искусственными абортами. Последняя беременность — внематочная — окончилась операцией 2 года тому назад. Операция прошла благополучно, но у больной развились резкие фантомные боли, появилась значительная болезненность полового акта. Больная крайне удручена этими обстоятельствами, стала раздражительной, потеряла сон и аппетит.

После курса гипнотерапии половой акт стал безболезненным, больная вновь стала испытывать полноценный оргазм. Улучшилось и общее состояние. В своем письме М. Е. пишет: «После операции я стала холодной при сношении, все происходило с болью. В настоящее время у меня все больше и больше появляется желание и при каждом сношении я стала получать удовлетворение без боли. У меня стали другие отношения с мужем — мы стали друг с другом ласковые. Я очень мучилась головной болью, совсем было пропал сон, я всегда вставала усталая. Сейчас я сплю хорошо и встаю со свежей головой. Я часто плакала, каждая безделица меня сильно раздражала. Приходилось делать сердечные уколы. Сейчас сердце работает хорошо».

Е. Ю., 31 год, преподавательница английского языка. Поступила в клинику с жалобами на резкие боли в низу живота, снижение полового влечения и удовлетворенности.

Менструировала с 14 до 25 лет (до аборта) безболезненно, сексуальная удовлетворенность хорошая. Произвела криминальный аборт (вливание спирта в матку), с тех пор все время лечится, дважды была на грязях. Сильные боли до, во время и после менструации, от боли относительно свободна около 10 дней в месяц. Сейчас хочет иметь ребенка. Врач сказал: «Чем реже Вы будете иметь сношения, тем лучше!». При осмотре: небольшое отклонение матки кзади, придатки не контурируются, резкая боль в области солнечного сплетения. Получила гипносуггестивную терапию в комбинации с гинекологическим массажем и гимнастикой мышц промежности. Коитус стал безболезненным, оргазм несколько раз при каждом половом акте. Общее состояние сразу заметно улучшилось.

Ю. З., 29 лет, домохозяйка. Пришла в поликлинику с жалобами на отвращение к половой жизни. Менструирует с 15 лет нормально. Замужем 3 года, имела 3 беременности: первая закончилась нормальными родами, вторая и третья — искусственными абортами. После первого очень болезненного аборта появилось отвращение к коитусу. Имеет сношения крайне неохотно. После второго аборта отвращение к половой жизни усилилось и, прогрессируя все больше и больше, привело к полному прекращению супружеских отношений. Три месяца тому назад перебралась от мужа в другую комнату и предложила ему иметь

«другую женщину», ссылаясь на то, что она такая «ненормальная», что «не может жить, как все». Муж, любя жену и ребенка, не бросает семью и советует ей лечиться.

С первого сеанса развился хороший внушенный сон. Было сделано внушение вспоминать первые месяцы замужества и бывшие ранее очень приятные оргазмы, забыть неприятности, связанные с абортом. После второго сеанса женщина заявила, что снова перебралась в комнату к мужу. После четвертого сеанса сообщила, что отвращение к половому акту прошло, но оргазма еще нет. После шестого сеанса все наладилось.

**Страх перед беременностью. Фригидность и беременность.** Мы согласны с Miroslav Voita (1961), что отношение женщины к беременности при различных обстоятельствах оказывает на сексуальную реактивность различное влияние, то повышая либидо и способность к оргазму, то сводя их на нет. Еще Van de Velde писал, что много браков было расторгнуто из-за страха перед беременностью.

Преподавательница, 36 лет, менструации с 14 лет. Замуж вышла 20 лет, сразу забеременела. Первые полгода была ретардационная фригидность, но перед самым декретным отпуском успела 2 раза испытать оргазм. Роды тяжелые, осложненные тромбофлебитом правой голени. В дальнейшем, несмотря на то, что муж предохранялся презервативами, за 15 лет имела 20 искусственных абортов, еще одни роды. Все 15 лет страх перед беременностью. Полная фригидность. Половая жизнь становится все реже и реже, последнее время — не чаще одного раза в месяц.

Очень часто женщина в период беременности теряет возможность получать оргазм. В некоторых случаях может развиться полная потеря либидо или факультативная фригидность. Последняя хорошо поддается психотерапии. Под влиянием внушения пациентка при коитусе вспоминает бывший у нее ранее оргазм и может вновь его испытывать. Ярким примером такой факультативной фригидности может служить следующее наблюдение.

Домохозяйка, 33 лет. Менструирует с 12 лет. Замужем с 21 года, брак первый. Оргазм стала испытывать сразу. В анамнезе 2 родов и 4 искусственных аборта.

С возникновением каждой беременности появлялось резкое отвращение к коитусу. Половые сношения только по настоянию мужа. Эта фригидность продолжалась всю беременность — до родов или искусственного ее прерывания. После этого склонность к оргазму возвращалась с прежней силой. Появление подобной фригидности являлось диагностическим признаком беременности, если даже еще не было задержки менструаций.

В ряде же случаев, когда фригидность была обусловлена заботами о предохранении от беременности, с наступлением последней женщина перестает предохраняться и оргазм наступает легче.

Домашняя хозяйка, 37 лет. Менструирует с 13 лет. До выхода замуж в 27 лет — никаких сексуальных волнений. Муж на 4 года моложе. После замужества — полная ретардационная фригидность, отсутствие либидо. Предохраняются прерванным сношением. Через 4 года, на 31-м году, забеременела, появилось либидо, стала изредка получать оргазм. Так было до декретного отпуска. После родов около года полная фригидность до новой беременности, когда сразу стала испытывать оргазм в течение всей беременности. После родов снова 5 лет полное отсутствие не только оргазма, но и либидо.

Представляют интерес наблюдения W. Masters и V. Johnson, которые троекратно, в первом, втором и третьем триместрах беременности опросили 111 женщин. В первом триместре некоторые женщины (в основном первородящие) отмечали снижение либидо и склонность к оргазму. Во втором триместре большинство беременных чувствовали резкое повышение как либидо, так и оргастичности — некоторые женщины в это время становились суперпотентными (полиоргастический эффект). В третьем триместре опять отмечалось резкое снижение либидо. Половые акты становились значительно реже, но многих женщин тревожила реакция мужчин на запрещение половой жизни.

Эта тревога за «верность» мужа заставляет многих женщин разрешать половую близость почти до самых родов.

**Фригидность и запоры.** По нашему мнению, хронические запоры в большинстве случаев являются не колитами, а кишечными дискинезиями — колонозами. Поэтому психотерапия и здесь должна играть ведущую роль. У очень многих больных мы получили от гипносуггестии даже при застарелых хронических запорах более 80% хороших результатов при полном излечении более 60% пациентов (В. И. Здравомыслов).

Известный диетолог Мануил Певзнер, цитируя в своей монографии И. С. Заблудовского, пишет: «У многих женщие весьма сильные запоры наблюдаются при неудовлетворении полового чувства». А. Э. Мандельштам считает, что при комплексном лечении фригидности одним из обязательных компонентов является регуляция стула.

Мы также считаем, что запоры могут снижать половые возможности женщины, и потому всегда стараемся их ликвидировать соответствующим внушением, которое почти всегда налаживает ежедневный стул по утрам.

**Фригидность и лактация.** Во время периода лактации, как правило, резко снижается либидо и способность испытывать оргазм. Иногда возникает полное отвращение к половому акту. С прекращением лактации обычно оргастич-

ность восстанавливается, а часто даже значительно улучшается, если, конечно, не было послеродовых осложнений (разрывов промежности и др.).

Приводим парадоксальное исключение, когда лактационный период оказал резкое положительное влияние на сексуальность.

Домашняя хозяйка, 32 лет. Менструирует с 14 лет нормально. До замужества либидо отсутствовало. Муж на 8 лет старше. Интенсивная половая жизнь при полной фригидности в течение 6 лет. В 24 года родила. появилось либидо и весь лактационный период было резко повышено с полной оргастичностью, несмотря на разрыв промежности II степени. Все время кормления ребенка продолжала менструировать. Во время менструации либидо особенно усиливалось. Кормила около года. По окончании кормления либидо пропало, наступила полная фригидность, и пациентка вскоре развелась с мужем.

Через 2 года второй брак, коитус не более одного раза в месяц.

**Фригидность и галакторея.** Особенно резко лактационная фригидность бывает выражена в случаях длительной аменореи с галактореей (симптом Chiari — Frommel), т. е. когда молочные железы продолжают функционировать, несмотря на отсутствие лактации. В такой ситуации может развиться вторичная фригидность. Психотерапия и здесь оказывает лечебное действие. Яркой иллюстрацией могут служить следующие примеры.

Ж. П., 33 лет, врач-гинеколог. В анамнезе 3 беременности и 2 аборта. Последняя беременность закончилась срочными родами. Молока было много — «хватило бы на троих». Кормила грудью 9 месяцев, но после прекращения кормления гиперпродукция молока продолжалась, оно самостоятельно стекало струйкой. Вынуждена носить клеенчатый бюстгальтер, в который вкладывает большие куски ваты Много раз в день меняет вату и выливает молоко из бюстгальтера. Кожа на молочных железах с явлениями мацерации. Несмотря на хороший аппетит, худеет, потеряла в весе 8 кг. Факультативная аменорея — менструирует раз в несколько месяцев. До родов была полная оргастичность, после родов развилась вторичная фригидность. Выраженное снижение настроения. Постоянные головные боли, доводящие до мысли о самоубийстве. Обследована в нейрохирургической клинике — опухоли мозга нет. Положение усложняется психической травмой и канцерофобией. Незадолго до родов умерла от рака молочных желез мать больной, тоже врач-гинеколог. Третий год безрезультатно получает энергичное медикаментозное и гормональное лечение. Направлена на психотерапию, назначено внушение в гипнозе. Глубина сна — гипотаксия.

Уже после третьего сеанса сняла клеенку, вата в бюстгальтере сухая. Появился интерес к жизни («отдала перешить платье, а ведь уже собиралась помирать»). Головные боли стали ослабевать. После 6 сеансов молочные железы мягкие, но при волнении несколько нагрубают. Появилось либидо, стала испытывать оргазм. Интенсивность половой жизни увеличилась втрое. Головные боли прошли. Всего приняла 8 сеансов. Менструирует ежемесячно. Молочные железы в норме. Самочувствие и настроение хорошие. Полная работоспособность.

Такая галакторея может развиваться не только после родов, но и после аборта.

Е. Ч., 36 лет. Менструирует с 16 лет. В анамнезе 1 роды (15 лет назад) и 4 аборта. После последнего аборта молочные железы продолжали нагрубать, стали напряженными и болезненными. При легкой пальпации молоко льется струйкой, при наклоне стекает струйкой самостоятельно. Одновременно развилась факультативная аменорея (менструирует с перерывами от 3 до 9 месяцев). Развилась полная вторичная фригидность. Коитус стал противен, и больная избегает жить половой жизнью. Начались упорные головные боли, бессонница, учащенное мочеиспускание, зуд лба и резкая возбудимость — больная все время кричит на сына и мужа. Более 2 лет лечилась медикаментами и гормонами, но без эффекта. При бимануальном исследовании матка маленькая, плотная (гипотрофия), гипотрофия наружных половых органов. Начата психотерапия (внушение в гипнозе). После 5 сеансов исчезли головные боли, зуд лба, раздражительность. Наладился сон. После 10 сеансов гипносуггестии галакторея была ликвидирована. Е. Ч. начала испытывать оргазм.

**Прерванное половое сношение.** Применение прерванного сношения (coitus interruptus) для предохранения от беременности известно с давних времен. Считают, что первым его применил Онан при половых сношениях с вдовой своего умершего брата Тамарой, с которой он должен был жить согласно закону левират-брака (S. Tampel). Он не хотел, чтобы она забеременела, прерывал сношение и выливал семя на землю (Бытие, 38, VIII—IX). От его имени и произошел термин «онанизм», которым необоснованно стали называть мастурбацию.

Этот прием, когда с целью недопущения попадания семени во влагалище мужчина прерывает половой акт перед самым излитием семени, вынимая пенис из влагалища, иногда вредно сказывается как на мужском, так и на женском организме, особенно когда прерывание полового сношения применяется систематически и партнеры не пользуются параллельно каким-либо другим видом половых сношений.

У мужчин в основном напрягается нервная система. В коре головного мозга происходит «сшибка»: с одной стороны, в процессе коитуса идет нарастание кривой оргазма, мозг ловит это нарастание удовольствия и хочет продлить его еще и еще, с другой стороны, мужчина должен успеть прервать коитус и вывести половой член, чтобы не допустить попадания семени во влагалище.

Прерванное сношение на женский организм действует отрицательно, но это влияние индивидуально и зависит от сексуальной потребности женщины. Возможны такие варианты (рис. 7):

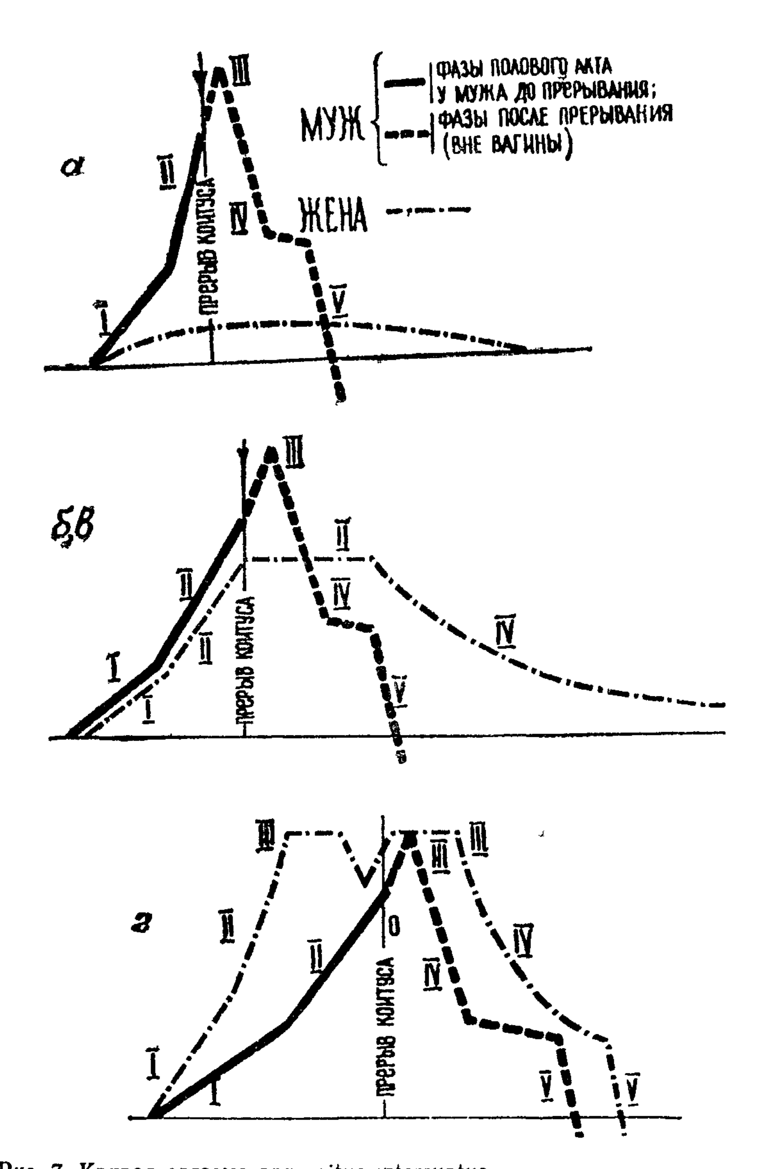



Рис. 7. Кривая оргазма при coitus interruptus.

*а* — отсутствие либидо у жены, которой безразлично время окончания коитуса; *б*, *в* — нормальная потенция. У жены обрыв кривой на II фазе, отсутствие оргазма и длительная, очень медленно спадающая гиперемия. Потребности в покое нет; *г* — суперпотентная жена. Сохранены все фазы.

а) Женщина страдает полной половой холодностью, отсутствием не только способности получать оргазм, но и отсутствием либидо. У такой женщины нет нарастания кривой оргазма, нет прилива крови к половым органам, и ей совершенно безразлично, в какой момент половой акт будет прерван. В этих случаях coitus interruptus не влияет отрицательно на состояние половых органов женщины.

б) Женщина имеет либидо, во время коитуса кривая оргазма идет на подъем, но оргазма получить не удается. В этих случаях любой коитус ведет к застойным явлениям в половых органах женщины.

в) Наиболее частый вариант, когда и у мужчин, и у женщин кривые нарастания оргазма выражены почти параллельно, но оргазм женщины несколько отстает от кульминационного пункта мужчины. Женщина его ощущает через некоторый отрезок времени, если половой член после эякуляции продолжает оставаться во влагалище. Преждевременное прекращение акта и извлечение полового члена увеличивает этот разрыв во времени и ведет к тому, что женщина не получает оргазма. Половые органы женщины после такого коитуса остаются гиперемированными, женщина чувствует ряд неприятных, а иногда и болевых ощущений, пока гиперемия через некоторое, иногда довольно длительное время не спадет. Частое повторение такой пролонгированной гиперемии ведет к хронической гиперемии, отечности тканей, изменению менструального цикла, развитию соединительно-тканных тяжей в мышце матки и в параметрии, ретродевиациям матки.

Ряд немецких ученых (E. Kehrer, W. Liepmann, Valenta et al.) считают, что эта хроническая гиперемия на почве coitus interruptus ведет к фиброзному перерождению мышцы матки и даже к развитию в ней настоящих опухолей — фибромиом матки. Так, E. Kehrer в одной из своих работ пишет: «Покажите мне вырезанную во время операции фиброму матки, и я вам скажу, сколько лет женщина пользовалась прерванным сношением». Мы не можем согласиться с таким категорическим утверждением, но считаем, что некоторую роль в патогенезе фибромиом матки coitus interruptus играть может.

г) Женщина суперпотентна и успевает испытать оргазм до прерывания коитуса. В этих случаях coitus interruptus не сказывается вредно на соматическом состоянии половых органов.

Кроме указанных соматических изменений, развиваю-

щихся в половых органах женщины, прерванное сношение оказывает еще двоякое влияние:

1. Нарушает нормальную физиологию коитуса и ведет к развитию (особенно в вариантах б и в) половой холодности и даже к отвращению к половой жизни.

2. При любом указанном варианте, т. е. всегда при прерванном сношении, в коре головного мозга у женщины также происходит «сшибка». Ведь расплачиваться абортом за нежелательную беременность, если муж запоздает вывести пенис, приходится женщине. Поэтому прерванное сношение каждый раз сопровождается в той или иной степени эмоцией страха, которая нарушает кривую оргазма, а иногда и полностью ее ломает.

За 60-летнюю практику мы (В. И. Здравомыслов) наблюдали тысячи женщин, страдающих серьезными соматическими, нервными и сексологическими заболеваниями, вызванными длительным, иногда многолетним систематическим использованием прерванного сношения. Все эти осложнения относятся к многократному использованию coitus interruptus, поэтому он не рекомендуется для систематического использования.

**Преждевременное извержение семени** (Ejaculatio praecos). По данным S. Schnabl, почти в двух третях случаев у мужчин эякуляция происходит раньше, чем оргазм у женщин, у одной десятой части — наоборот и приблизительно четверть партнеров реагируют синхронно (eupareunia).

Van de Velde отмечал, что возбудимость еще неопытной женщины большей частью значительно меньше, чем мужчины, и муж должен выравнять эту разницу. Если же муж по незнанию или по эгоизму опоздает выравнять ее, то это даст знать о себе в дальнейшем.

Breitensteis в своей книге «21 год в Индии» (т. 1, с. 228) пишет, что яванцы оставляют после сношения пенис во влагалище на $1/4$ часа, чтобы доставить жене высшее наслаждение. Об этом писал и А. Moll: «Для пробуждения половых ощущений у женщины требуется любовное искусство, часто очень тонкое любовное искусство. Муж должен приспосабливаться к запаздывающей кривой сладострастия жены, чтобы затянуть, а не ускорить половой акт. Тогда можно добиться одновременного оргазма».

Если у мужчины третья фаза полового акта (оргазм) по времени крайне непродолжительна и потому выглядит на графике в виде остроконечного пика, то у женщин она значительно продолжительнее, может затягиваться до 10 и

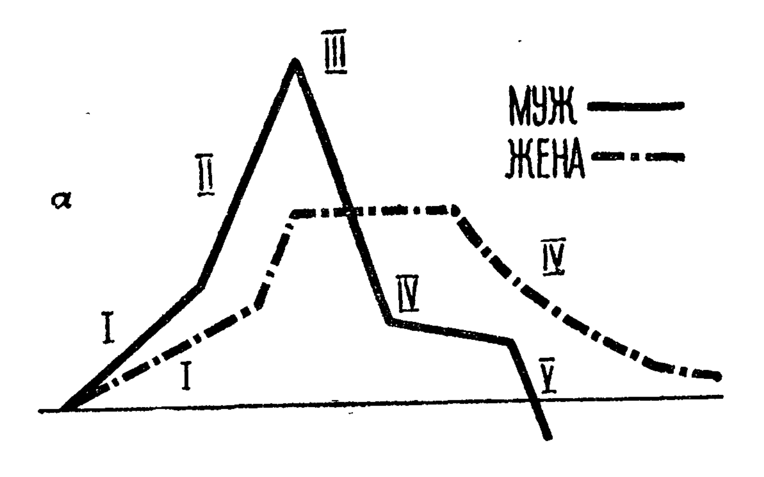
более секунд и потому мы ее изображаем в виде плато. В некоторых случаях женщинам удается произвольно значительно пролонгировать оргазм (до минуты), и тогда можно уже говорить о «status orgasmus».

У женщины нарастание кривой оргазма вообще несколько отстает от мужчины. Даже при отсутствии функциональных нарушений женщина часто испытывает оргазм через какой-то (хотя бы и крайне короткий) промежуток времени после оргазма мужа. Однако это положение верно только, так сказать, «в чистом виде» (абстрактно). Практически, правильно проводя предварительный период ласк, муж, хорошо зная физиологические и психологические особенности своей жены, может довести ее возбуждение (кривую оргазма) до такого уровня, когда оргазм у обоих супругов будет совершаться одновременно или даже у жены несколько раньше.

Продолжительность полового акта для каждой брачной пары колеблется в большом диапазоне — от 1—2 минут до ½ часа и дольше. Мы наблюдали одну 19-летнюю суперпотентную студентку, которая в течение каждого коитуса имела 3—4, а иногда и до 10 оргазмов. Она жаловалась, что ее 40-летний друг крайне утомляет ее своей половой агрессией, так как каждый раз (дважды в неделю) коитус продолжается не менее 1—1,5 часа. Однажды половой акт продолжался очень интенсивно в течение 4 часов, после чего к вечеру открылось небольшое маточное кровотечение. В настоящее время длительное половое сношение расценивается скорее как неудачное, поскольку во время такого сношения способность женщины к оргазму постепенно начинает уменьшаться.

Сколько же времени в среднем должен продолжаться половой акт? Л. Я. Якобзон и И. М. Порудоминский на страницах Большой медицинской энциклопедии утверждают, что средняя продолжительность коитуса 2—6 минут. S. Schnabl считает, что женщине с нормальным либидо, если она имеет сексуальный позыв и соматически правильно настроена, в среднем нужно для получения оргазма от 2 до 5 минут. Мы считаем, что средняя продолжительность полового акта 2—4 минуты.

По мнению Г. С. Васильченко, коитус должен продолжаться не меньше 1 минуты. Почему такая разница? Нам кажется, дело в том, что Г. С. Васильченко, как занимающийся в основном мужской сексопатологией, исходит с мужских позиций, а мы исходим из интересов женщины.



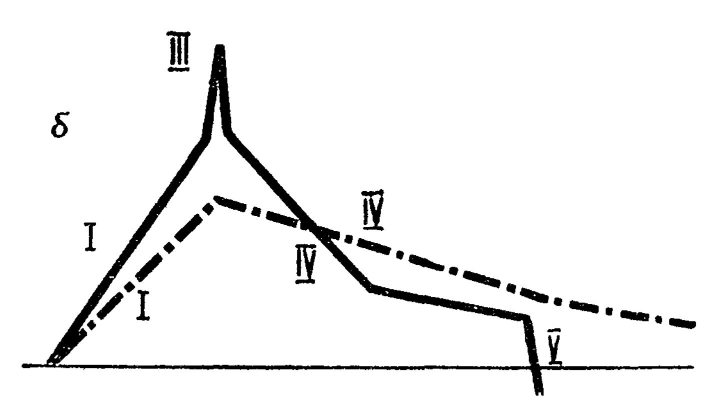




Рис 8

*а* — кривая оргазма при ejaculatio praecox. Муж имеет хотя и укороченные, но все фазы, жена — только I и IV. Акт прерван в середине II фазы. Длительная гиперемия. Жена возбуждена, разрядки нет; *б* — кривая оргазма при ejaculatio ante portas. У мужа отсутствует II фаза, а у жены II, III и V. Жена возбуждена, разрядки нет.

Если у мужа происходит извержение семени, когда у жены кривая оргазма еще находится на подъеме или только начинается, то это ведет к невозможности получения оргазма женщиной (ejaculatio praecos). В некоторых случаях муж-

чины даже не успевают ввести половой член во влагалище (ejaculatio ante portas).

**Ejaculatio ante portas.** Эта мужская патология, к сожалению, широко распространена не только среди пожилых мужчин, но и среди молодежи, она является одной из ведущих причин в развитии половой холодности женщины и часто побуждает женщину сразу же после такого коитуса прибегать к онанизму. В этом случае надо лечить мужа с целью удлинения полового акта. Наилучшие результаты дает комплексное лечение, где ведущую роль играют психотерапия и общеукрепляющее лечение.

Рекомендованное при преждевременном семяизвержении более 50 лет тому назад Як. И. Здравомысловым «двухкратное сношение» актуально и сейчас. «При повторном совокуплении, вследствие оставшейся еще от первого полового акта раздраженности половых органов женщины и вследствие неизбежной большой длительности второго акта у мужчины, оргазм и надлежащее удовлетворение большей частью получается».

Урологи с успехом применяют в этих случаях массаж простаты и физиотерапию. Можно рекомендовать за 5—10 минут до коитуса смазывать головку полового члена и верхнюю часть ствола 5—10% анестезиновой мазью. Назначается также хлорэтиловая блокада на область поясницы по Г. С. Васильченко. Параллельно, конечно, необходимо наладить и более быстрое получение оргазма женщиной, что достигается внушением, гимнастикой мышц промежности, особыми презервативами, тренировкой быстро наступающей установки на оргазм.

Главное же — правильное и эффективное проведение предварительного периода ласк.

**Фригидность и воспалительные гинекологические заболевания.** Неспецифические воспалительные заболевания женщин, которым посвятила свою кандидатскую диссертацию Л. Б. Боровская (1974), являются частым следствием нарушения половой гигиены. Они ведут к хроническому венозному застою в малом тазу и резко снижают половую способность женщины как к либидо, так и к оргазму.

Инфекционные гинекологические заболевания, как правило, еще сильнее нарушают половую функцию женщины, вызывая резкую болезненность полового акта, часто ведут к резко отрицательному отношению к половой жизни. К сожалению, в некоторых случаях значительная гиперемия внутренних гениталий резко усиливает либидо и ведет, по

инициативе женщин, к более интенсивной половой жизни, что вызывает обострение и затягивание процесса.

*Первичная полная фригидность (Аа).* В группе первичной полной фригидности (Аа) мы различаем 3 подгруппы: Аа-1 — первичное отсутствие либидо, отвращение к половому акту; Аа-2 — первичное отсутствие либидо, индифферентность к половому акту; Аа-3 — наличие либидо, но полное отсутствие оргазма.

В эту самую многочисленную группу вошло 198 женщин. Все это были либо нормально развитые в половом отношении женщины, либо страдающие нерезко выраженным инфантилизмом. У 32 из них помимо полнейшей половой холодности отмечалась и резкая болезненность полового акта. Психотерапия в чистом виде или в комбинации с гинекологическим массажем и специальной гимнастикой (гимнастика ануса и коленно-локтевая дыхательная гимнастика по В. И. Здравомыслову) без всякого медикаментозного лечения дает очень хорошие результаты (табл. 11).

*Таблица 11*

**Эффективность психотерапии при полной первичной фригидности**

| Виды фригидности | Выздоровление | Значительное улучшение | Улучшение | Без перемен | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| Отсутствие либидо (отвращение) | 38(9)* | 15(4) | 5 | 13(3) | 71(16) |
| Отсутствие либидо (равнодушие) | 40(4) | 16(1) | 9(1) | 6 | 71(7) |
| Наличие либидо, но отсутствие оргазма | 38(9) | 9 | 6 | 3 | 56(9) |
| Всего: | 116(22) | 40(5) | 20(1) | 22(4) | 198(32) |
| % | 58,6 | 20,2 | 10,1 | 11,1 | 100,0 |

* В скобках — половой акт сопровождается резкой болезненностью.

Из 198 первично-холодных женщин 116 (58,6%) (из них 22 пациентки с резко болезненным коитусом) стали вести полноценную и совершенно безболезненную половую жизнь. Еще у 40 (20,2%) пациенток (5 из них с резко выраженной болезненностью) было зарегистрировано значительное улучшение. В 20 случаях результат был недостаточным,

и только у 22 женщин (11,1%) не удалось получить эффекта от лечения.

Мы проанализировали эффективность психотерапии в этой группе больных в отношении этиологии страдания (табл. 12).

*Таблица 12*

**Эффективность психотерапии первичной полной фригидности в зависимости от ее этиологии**

| Этиологический фактор | Выздоровление | Значительное улучшение | Незначительное улучшение | Без перемен | Всего | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Грубая дефлорация | 14 | 3 | 6 | — | 23 | 11,6 |
| Отсутствие эмоционально-эрогенной готовности | 14 | 7 | — | 2 | 23 | 11,6 |
| Другие психогенные причины | 40 | 11 | 6 | 11 | 68 | 34,4 |
| Психосоматические причины | 30 | 13 | 6 | 7 | 56 | 28,3 |
| Неправильная техника коитуса | 13 | 4 | 2 | 1 | 20 | 10,1 |
| Ретардационные формы | 5 | 2 | — | 1 | 8 | 4,0 |
| Всего: | 116 | 40 | 20 | 44 | 198 | 100,0 |

Как видно из табл. 12, эффективность психотерапии во всех этиологических подгруппах была почти одинакова. Выздоровление во всех подгруппах колебалось в пределах 55—65%. В данной таблице, бесспорно, несколько уменьшен процент неправильной техники коитуса за счет психогенных и психосоматических причин, потому что последние в общем состоянии больных преобладали.

Женщины с первичной фригидностью, как правило, очень страдают от своего недостатка, о чем могут свидетельствовать их высказывания. Они сравнивают половой акт с «каторгой», «адскими муками», называют «тяжелой повинностью». Вместе с тем они горят желанием стать такими «как все».

Для иллюстрации переживаний фригидной женщины мы приведем одно из полученных нами писем с просьбой о помощи.

«Я считаю себя вполне здоровой. У меня есть муж, ребенок. К сожалению, делала аборты (к сожалению, потому что люблю детей), но условия жизни плохие, значит, рожать нельзя. Мне тридцать лет. Мне кажется, я люблю мужа, и он любит меня. Но у меня несчастье. Да, несчастье. Я не чувствую никакой приятности от полового акта. Мне при этом всегда противно, гадко. Я хочу, чтобы это скорее кончилось. Я хочу кричать, плакать от унижения. Я ложусь в постель, как в могилу.

Но ведь все знакомые женщины говорят, что в этом много приятного! Мне обидно: я чувствую себя не женщиной, а бесчувственным чурбаном. Я хочу быть как все. Хочу чувствовать себя женщиной. Я уже не говорю о том, что у нас с мужем часто бывают ссоры по этому поводу. Может быть, и стыдно об этом писать, но ведь это жизнь!»

Не менее категоричны высказывания и других женщин.

С. А.: «Я не такая, как все женщины! Хоть под трамвай бросайся».

М. Л.: «Неужели никогда в жизни мне не удастся получить оргазм?!»

О. Б., мать 5 детей: «Хочу быть как все! Хочу научиться получать оргазм!»

Нередко первичная половая холодность развивается у молодых женщин, если они начинают половую жизнь без достаточной любви к мужу или другу. У нас было несколько случаев, когда девушка начинала половую жизнь по совету врачей (?!), чтобы избавиться от сильнейших менструальных болей.

М. К., 25 лет, учительница. Менструировать начала с 13 лет. Сначала менструации были безболезненными, но с 21 года без видимой причины они стали сопровождаться сильнейшими болями, которые с каждым месяцем все усиливались. Пришлось брать больничные листы, так как эти дни она уже не могла работать. По совету врачей с целью облегчения менструальных болей начала половую жизнь. Имела всего несколько крайне болезненных половых актов, но менструальные боли не стали легче.

При гинекологическом осмотре обнаружены только явления относительного инфантилизма. После курса внушения в глубоком гипнотическом состоянии (глубокаяя гипотаксия) половая жизнь стала безболезненна, оргазм происходит при каждом половом сношении.

Е. К., 33 лет, бухгалтер. Менструирует с 16 лет крайне болезненно и очень обильно. Семнадцати лет попала на фронт. Была в части единственной женщиной, очень стеснялась, особенно при менструациях, когда были настолько сильные боли, что все о них знали, так как она корчилась и кричала от боли. Окружающие старались помочь: кто давал грелку, кто утешал. Все говорили, что надо выходить замуж — тогда все пройдет. В 1945 году, в 20 лет, вышла замуж, но менструальные боли, которые первые несколько месяцев как будто уменьшились, позже стали еще сильнее. Все годы резкие боли и отвращение к половой жизни. Первичное бесплодие. Потеряла интерес к жизни. Упорная бессонница, несмотря на снотворные. Потеря аппетита. Канцерофобия (мать умерла от рака матки).

Получила 9 сеансов гипносуггестивной терапии (гипотаксия). Отвращение к коитусу и боль при нем прошли полностью. Появилось либидо, коитус стал приятен, улучшился сон, боли при менструациях стихли.

Как видно из приведенных примеров и анализа результатов лечения, психотерапия и при абсолютной фригидности показала хорошую эффективность. Многие фригидные женщины стали полноценными в сексуальном отношении.

К сожалению, гинекологи и врачи других специальностей очень часто заявляют обращающимся к ним фригидным женщинам, что у них с мужем «плохой половой подбор» и, если они хотят добиться оргазма, им надо искать другого партнера (т. е. либо изменять мужу, либо разводиться с ним).

Эта «медицинская рекомендация» толкает женщину на аморальное поведение, так как последняя в поисках «подходящего полового подбора» без конца меняет своих половых партнеров. Эти «поиски» по большей части оказываются безрезультатными, развивается своеобразный перверситет — «фригидный мессалинизм».

Необходимо предостеречь врачей от таких советов.

*Вторичная полная фригидность (Аб).* В эту группы вошло 69 женщин, у которых раньше была способность иметь в том или ином числе половых актов полноценный оргазм. Некоторые из них даже имели его при каждом коитусе, но потом по той или иной причине утратили эту способность и у них вторично развилась полная фригидность, а иногда даже отвращение к половой жизни. Эту группу (Аб) мы разделили на 3 подгруппы: Аб-1 — полная потеря либидо, отвращение к половому акту; Аб-2 — полная потеря либидо, равнодушие к половому акту; Аб-3 — либидо еще сохранено, потеряна способность иметь оргазм.

Психотерапия и в этой группе показала высокую эффективность: в 44 случаях (63,8%) наступило выздоровление, в 15 (21,7%) — значительное улучшение. В этой группе было 13 женщин с резкой болезненностью полового акта (табл. 13).

Результаты лечения в этой группе почти идентичны результатам, полученным в группе женщин с первичной фригидностью, но ведь женщину, уже знакомую с оргазмом, можно скорее заставить «все вновь пережить», чем впервые воспитать у нее это чувство.

В ряде случаев вторичная фригидность развилась на

*Таблица 13*

**Эффективность психотерапии у больных с полной вторичной фригидностью**

| Формы фригидности | Выздоровление | Значительное улучшение | Небольшое улучшение | Без перемен | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| Аб-1 — полная потеря либидо, отвращение к половому акту | 16(1)* | 4(2) | 1 | 5(1) | 26(4) |
| Аб-2 — полная потеря либидо, индифферентность к коитусу | 22(5) | 6 | 2 | 2 | 32(5) |
| Аб-3 — либидо еще сохранено, но потеряна способность к оргазму | 6(2) | 5(2) | — | — | 11(4) |
| Всего | 44(8) | 15(4) | 3 | 7(1) | 69(13) |
| % | 63,8 | 21,7 | 4,4 | 10,1 | 100,0 |

* В скобках указаны случаи с резкой болезненностью полового акта.

почве страха перед беременностью после перенесенного аборта или операции по поводу внематочной беременности.

В некоторых случаях психической травмой, вызвавшей фригидность, является измена мужа. Приводим случай, где психогенным фактором фригидности явилась гонорея, полученная от мужа.

Ф. С., 30 лет, обратилась с жалобами на половую холодность, возникшую после заражения гонореей 2 года тому назад. Заразил муж. До этого испытывала при каждом коитусе полный оргазм. Теперь чувствует отвращение к половой жизни. Очень расстроена фригидностью и по совету подруги завела себе «друга» в надежде «вернуть оргазм», но и с ним ни разу не испытала его, что еще более удручающе подействовало на ее настроение.

Получила 10 сеансов гипносуггестивной терапии с внушением вспоминать свою прежнюю половую жизнь и каждый раз вновь ощущать оргазм. Единичные случаи оргазма появились довольно быстро, а к концу лечения испытывала оргазм во время каждого коитуса.

Г. Тер-Габриэлян у женщин со вторичной половой холодностью выявил следующие причины фригидности:

— сознательное подавление оргазма из-за страха перед беременностью (28,2%);

— болевой функциональный синдром (1,7%);

— физическая усталость (7,0%);

— умственная усталость (1,7%);

— отсутствие полового влечения к мужу (61,4%).

Удивляет такой большой процент сознательного подавления оргазма, хотя известно, что для наступления беременности оргазм совершенно не является обязательным. Необходимо разъяснить женщинам, что подавление его приносит вред.

Женщины, не имевшие оргазма из-за сильной физической или умственной усталости, часто могут восстановить его после отдыха.

Большой процент возникновения половой холодности (61,4%) приходится на изменение взаимоотношений между супругами, на развитие дисгармонии между ними. Конфликты между супругами не проходят бесследно для сексуальной функции. Часто причиной таких конфликтов является не только муж, но и родные (мать, свекровь и др.). Совершенно прав Н. В. Иванов, считавший, что наиболее частым конфликтом является столкновение интересов жены и свекрови, особенно если муж принимает сторону последней.

Частой причиной половой холодности являются неподходящие жилищные условия.

*Частичная фригидность (Ав).* В эту группу включено 98 женщин, сексуальная удовлетворенность которых либо с самого начала была на крайне низком уровне (Ав-1), либо по какой-либо причине число половых актов, завершенных оргазмом, резко снизилось (Ав-2). У 11 женщин падение сексуальной удовлетворенности объяснялось начавшейся болезненностью полового акта. Все эти женщины хотели увеличить число полноценных половых актов и не испытывать боли при половой жизни (табл. 14).

По результатам лечения эта группа самая благополучная — почти ²/₃ женщин стали иметь оргазм почти в 100%, а некоторые — даже несколько оргазмов в течение одного полового акта.

Т. П., 42 лет, пишет: «Если раньше из четырех сношений лишь один раз я получала удовлетворение, то теперь я получаю удовлетворение каждый раз, ощущение стало необычайно острым и приятным».

Частичная фригидность в некоторых случаях бывает факультативной, как бы цикличной. Периоды полноценного коитуса сменяются на некоторое время полным равнодушием или даже отвращением к коитусу, чтобы через некоторое время возникнуть вновь. Н. В. Иванов назвал такой тип частичной фригидности «мерцательным».

*Таблица 14*

**Эффективность психотерапии при частичной фригидности**

| Формы фригидности | Выздоровление | Значительное улучшение | Небольшое улучшение | Без улучшения | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| Ав-1 — первичная частичная фригидность | 50(6) | 16(1) * | — | 4 | 70(7) |
| Ав-2 — вторичная частичная фригидность | 22(3) | 5(1) | — | 1 | 28(4) |
| Всего: | 72(9) | 21(2) | — | 5 | 98(11) |

* В скобках указаны случаи резкой болезненности полового акта.

**Эффективность психотерапии при фригидности** представлена в табл. 15. Как видно из таблицы, удельный вес фригидных женщин среди сексуальных нарушений достигает 75% (365 из 490). Почти каждая четвертая пациентка страдала выраженной болезненностью полового акта.

Общая эффективность психотерапии при фригидности довольно велика; в каждой группе более половины больных

*Таблица 15*

**Эффективность психотерапии при фригидности**

| Вид фригидности | Выздоровление | Значительное улучшение | Небольшое улучшение | Без результата | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| Аа-1 | 38 | 15 | 5 | 13 | 71 |
| Аа-2 | 40 | 16 | 9 | 6 | 71 198 |
| Аа-3 | 38 | 9 | 6 | 3 | 56 |
| Аб-1 | 16 | 4 | 1 | 5 | 26 |
| Аб-2 | 22 | 6 | 2 | 2 | 32 69 |
| Аб-3 | 6 | 5 | — | — | 11 |
| Ав-1 | 50 | 16 | — | 4 | 70 98 |
| Ав-2 | 22 | 5 | — | 1 | 23 |
| Всего | 232 | 76 | 23 | 34 | 365 |
| % | 63,6 | 20,8 | 6,3 | 9,3 | 100,0 |

избавлены от своего недуга и почувствовали себя полноценными женщинами. Лишь в 15,6% случаев эффективность была выражена слабо или вовсе отсутствовала.

Для получения хороших результатов необходимо по возможности выявить патогенез страдания. Вопросы фригидности очень интимны, затрагивают личность женщины, ее отношение к половой жизни вообще, отношение к мужу, к сложившейся бытовой обстановке. Подробное выявление индивидуально-личной ситуации возможно только при полной откровенности женщины, которая должна безгранично доверять врачу и иметь желание избавиться от своего недуга. Для этого в первую очередь необходимо установить прочный психотерапевтический контакт с пациенткой. Такой контакт далеко не всегда устанавливается при первых посещениях больной — иногда проходит ряд сеансов, пока пациентка начнет искренне и откровенно «открывать душу». Поэтому Н. В. Иванов подчеркивает, что беседы врача должны носить «ступенчатый» характер, без стремления сразу полностью раскрыть интимный мир женщины. Самым главным в психотерапии он считает постепенное расширение «диапазона приемлемости». В некоторых случаях такого контакта установить так и не удается, тогда получение хороших результатов лечения становится сомнительным.

Особенности сбора анамнеза у женщин посвятила свою работу О. И. Барсукова. Она подчеркивает, что при разговоре с больной необходимо отсутствие как других больных, так и медицинских работников. Такого же мнения придерживаются многие сексопатологи (А. М. Свядощ, З. В. Рожановская, З. Е. Анисимова и др.).

А. М. Свядощ в своей монографии пишет: «Беседа должна обязательно проходить с глазу на глаз, без присутствия в кабинете другого врача, медицинской сестры или санитара. Даже наличие мужа, находящегося за дверью кабинета, иногда оказывает тормозящее влияние на больную». З. В. Рожановская также указывала на эту особенность сбора сексологического анамнеза. Кроме того, она советует ряд ответов пациентки записывать в историю болезни в кодированном виде.

Как видно из табл. 15, в 57 случаях фригидности мы не получили желательного эффекта. Здесь речь идет либо о женщинах, которые, посетив врача 2 раза, больше не являлись, либо о пациентках, с которыми не удалось наладить хорошего психотерапевтического контакта.

*Глава 2*

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ (АЛГИЧЕСКИЙ) СИНДРОМ

Большинство авторов болевые ощущения у женщин при коитусе обозначают термином dysрareunia. На наш взгляд, употребление термина абсолютно неправильно. Г. Г. Гентер (1914) предложил более правильный термин impotentia mulieris dolorosa, Мирослав Войта (1961) — еще более удачный — algopareunia.

Под довольно неопределенным термином dispareunia описываются различные состояния, которые объединяются общим признаком — наличием болевых ощущений в половых органах женщины при половом сношении. Значительная часть этих случаев относится к вагинизму и будет описана в следующей главе.

Согласно классификации В. И. Здравомыслова, к области женской сексопатологии относится функциональный болевой синдром только при отсутствии гинекологических заболеваний (нормальный гинекологический статус). Болевой синдром, вызванный воспалительными, гормональными, опухолевыми и иными гинекологическими заболеваниями, хотя бы он и нарушал нормальную половую жизнь, собственно к области сексопатологии не относится.

Выделяются следующие формы функционального болевого синдрома при нормальном гинекологическом статусе:

1) системное неврозоподобное поражение внутренних половых органов (кроме влагалища): соляриты (солярозы) и фантомные гинекологические боли;

2) системные неврозоподобные поражения наружных половых органов, уретры и влагалища (болевой синдром);

3) системные неврозоподобные поражения наружных половых органов и влагалища (зудящий синдром);

4) системные неврозоподобные поражения наружных половых органов, уретры и влагалища с резко выраженным чувством «горения», «жжения» (causalgia vulvae).

А. М. Свядощ указывает, что болевые ощущения в области половых органов (гениталгии) могут быть как соматогенного, так и психогенного происхождения. К первой группе он относит воспалительные и травматические заболевания женских половых органов. Однако мы (В. И. Здравомыслов) эти болевые ощущения к сексопатологии не относим.

Согласно А. М. Свядощу, психогенные гениталгии часто носят истерический характер. В данном случае этот синдром имеет механизм условной приятности или желательности (А. М. Свядощ) или является выражением патологической (истерической) адаптации личности больной к ситуации. Речь идет об адаптации путем использования болезненного синдрома. В основе истерических симптомов в сексуальной сфере лежит обычно конфликт с мужем, нежелание жить с ним половой жизнью.

Приводим сводные данные об эффективности психотерапии 128 больных при функциональном болевом синдроме (табл. 16).

*Таблица 16*

**Эффективность психотерапии при функциональном болевом синдроме**

| Форма болевого синдрома | Результат | | | | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| | выздоровление | значительное улучшение | улучшение | без эффекта | |
| Системные неврозоподобные поражения внутренних половых органов (кроме влагалища) | 55 | 8 | 3 | 6 | 72 |
| Системные неврозоподобные поражения наружных половых органов и влагалища (болевой синдром) | 25 | 10 | 3 | 4 | 42 |
| Системные неврозоподобные поражения наружных половых органов и влагалища (зуд) | 10 | 1 | — | — | 11 |
| Системные неврозоподобные поражения наружных половых органов и влагалища («горение», «жжение» — causalgia vulvae) | 1 | 2 | — | — | 3 |
| Всего | 91 | 21 | 5 | 10 | 128 |
| % | 71,1 | 16,4 | 4,7 | 7,8 | 100,0 |

При наличии солярита (соляроза) или фантомных болей женщина жалуется на почти постоянные боли, резко усиливающиеся при половом акте и часто делающие его не-

возможным. В некоторых чисто психогенных случаях эта болезненность возникает только при коитусе, иногда даже при попытке к нему или при одной мысли о половом акте.

У мужчин подобный функциональный болевой синдром с болями в эпигастрии, сердце, паховых областях и яичках в 1967 году описал В. Ф. Левицкий.

Воздействие на болевой анализатор словесного внушения, особенно в гипнотическом состоянии, хорошо известно. Анестезирующее действие слова дает хороший эффект — почти у $^{3}/_{4}$ наших пациенток, страдающих болезненностью полового акта, болевой синдром был ликвидирован.

Врачи-хирурги и гинекологи при упорных, не поддающихся лечению болях и наличии рубца на животе не должны слишком легко ставить диагноз «послеоперационные спайки», всегда помня о фантомных болях и возможности их лечения гипносуггестивным воздействием.

**Ятрогенный болевой синдром.** Известно, что нарушение правил деонтологии часто ведет к развитию ятрогенных заболеваний, среди которых всевозможные болевые ощущения занимают ведущее место. Приводим случай выраженной алгопарейнии ятрогенного происхождения.

А. П., 40 лет, служащая. Замужем 15 лет. В первом браке за 12 лет имела 3 беременности: 1 нормальные роды и 2 искусственных аборта. Во втором браке 3 года, но стерильна. В обоих браках сексуальная жизнь удовлетворяла больную.

Около года тому назад врачи нашли фибромиому матки и рекомендовали операцию. От операции больная категорически отказалась, так как очень хотела иметь ребенка от второго мужа. Сразу же после разговоров об операции у больной появилась значительная боль при сношении, оргазм стала испытывать лишь каждый второй половой акт.

Объективно: фиброзная матка, соответствующая 7—8 неделям беременности, придатки в пределах нормы, параметрии свободны. Никаких анатомических причин для появления болевого синдрома нет. Проведены разъяснительные беседы и 4 сеанса внушения в легкой дремоте, после которых болезненность полового акта исчезла и больная стала исытывать оргазм при каждом сношении.

**Parametritis posterior cicatricosa.** Довольно часто причиной болезненности полового акта являются изменения в крестцово-маточных связках (parametritis posterior cicatricosa). Необходимо учитывать, что, по мнению многих авторов, укорочение и болезненность крестцово-маточных и основных связок могут не иметь ничего общего с воспалением. Так, L. Fraenkel считал задний параметрит характерным для мастурбации, E. Kehrer — для диспарейнии, а W. Rubeska предполагает существование психогенной фор-

мы parametritis posterior spastica и предлагает термин spasmodynia sacro-uterina.

E. Kehrer такой процесс связывает с гиперемией и гиперлимфией на почве диспарейнии, не исключая и психической причины. Такого же мнения придерживаются также L. Stöckel, W. Rubeska, E. Opitz и др.

В случаях заднего рубцового параметрита мы с успехом применяли гинекологический массаж.

## *Глава 3*
## ВАГИНИЗМ

Термин «вагинизм» впервые был предложен английским гинекологом Marion Sims в 1861 году, подразумевавшим под этим термином «болезненные спазматические сокращения входа во влагалище». Клиническую же картину этого заболевания за год до Sims (1860) доложил на заседании Эдинбургского медицинского общества Simpson, предложив менее удачный термин «вагинодиния». Самым же первым эту патологию под названием «спазматическое сжатие сфинктера влагалища» описал в 1834 году J. Huguier, а несколько позже него — Dupuytren (1839).

Ewart считал, что в некоторых случаях причиной вагинизма могут быть трещины заднего прохода, но ему возражал Karl Schroeder, который довольно часто лечил женщин с такими трещинами и ни в одном случае не отмечал у них вагинизма. Среди гинекологических больных, особенно с воспалительными процессами в малом тазу, очень распространены упорные спастические (проктогенные) запоры, сопровождающиеся резкой болезненностью дефекации и трещинами заднего прохода, но мы никогда не отмечали связи между запорами и вагинизмом.

Также следует признать несостоятельным утверждение Martin, считающего причиной вагинизма гонорейную инфекцию. По мнению некоторых авторов, причиной вагинизма может быть воспаление придатков. Очевидно, не зная этиопатогенеза вагинизма, исследователи видели причину в любом сопутствующем заболевании. Так, Neftel описал два случая вагинизма, которые, на его взгляд, явились следствием отравления косметическими препаратами, содержащими свинец.

Вагинизм является чисто психогенным заболеванием, которое само по себе не играет роли в развитии психозов, но, конечно, может развиться и у психических больных (Arndt). Различные фобии и навязчивые состояния, безусловно, могут предрасполагать к развитию неадекватной реакции на боль при дефлорации.

Из отечественных авторов первыми сделали сообщения о вагинизме В. В. Сутугин (1871), и В. Ф. Снегирев (1873). Вопросы вагинизма разрабатывали В. И. Дик, Л. Я. Якобзон, В. И. Здравомыслов, А. М. Свядощ, в Германии — M. Walhard и Hartmann, во Франции — Dubois. Большинство же авторов ограничиваются казуистическими сообщениями о небольшом числе или даже единичных случаях вагинизма.

Под вагинизмом обычно понимают системный невроз, заключающийся в судорожном спазме мышц преддверия влагалища, промежности, тазового дна и бедер и сопровождающийся резкой болезненностью при малейшем прикосновении к наружным половым органам (болевая гиперестезия), в большинстве случаев делающий невозможной даже малейшую попытку половой близости.

Очень часто в этиологии вагинизма играет роль психическая травма, связанная с дефлорацией. Бесспорно, прав Galiax, считающий, что вагинизм — заболевание новобрачных.

Из большого количества больных вагинизмом мы наблюдали только три случая вторичного вагинизма, возникшего по прошествии некоторого времени после нормальной половой жизни. Все остальные женщины заболели при первом половом сношении или при попытке к нему.

Более чем через 20 лет после своих первых работ по вагинизму Sims впервые (1884—1885) описал один случай вторичного вагинизма, возникшего у молодой женщины после года совершенно свободной половой жизни. К сожалению, он не вскрыл психогению заболевания.

Это тягостное состояние возникает независимо от воли женщины рефлекторным путем, из-за боязни повторения боли, пережитой при первой попытке к половому сношению. Таким образом, вагинизм в этих случаях является целесообразным оборонительным рефлексом (Л. Я. Якобзон). J. Malleson, считая спазм при вагинизме защитным рефлексом, сравнивает его с миганием век при одной возможности попадания инородного тела. Очень часто страх перед малейшим прикосновением к половым органам бывает на-

столько велик, что женщина инстинктивно все время держит ноги плотно сдвинутыми и, несмотря на страстное желание избавиться от своего страдания, никак не может даже лечь в гинекологическое кресло хотя бы для наружного или ректального осмотра.

W. S. Kröger, доказывая непроизвольный характер вагинизма, отмечает, что женщина не может произвольно вызвать спазм такой силы, чтобы помешать нежелательному сношению. Мы не можем отнести это утверждение ко всем женщинам, так как встречали нерожавших женщин, которые могли настолько сильно сжимать интроитус, что делали невозможным даже гинекологический осмотр.

Иногда вагинизм может продолжаться годами и является серьезным препятствием для нормальной семейной жизни. Многие молодые женщины, неудачно начавшие половую жизнь, иногда долгие годы продолжают оставаться virgo, либо совершенно не допуская никакой близости, либо ограничиваясь наружным прикосновением к половым органам (вестибулярное сношение).

А. М. Свядощ предлагает различать три степени вагинизма:

I степень — реакция наступает при введении мужского полового члена во время полового акта или при введении врачом инструмента или пальца во влагалище;

II степень — реакция наступает при приближении пениса или инструмента к половым органам или при наружном прикосновении к последним;

III степень — реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

При вагинизме М. Walthard различает целый комплекс рефлекторных движений: 1) приведение бедер и поворот их внутрь; 2) лордоз позвоночника, 3) замыкание тазового выхода, 4) смещение всего тела.

Приведение бедер происходит вследствие судороги больших приводящих бедренных мышц (m. adductor femoris magnus), которым старые анатомы дали образное название «стражей девственности» (m. custus virginum). Замыкание тазового выхода и интроитуса происходит вследствие судорожного сокращения мышц тазового дна (m. levator ani, m. sphincter ani, mm. transversi perinei profundus et superficialis), особенно m. bulbocavernous.

Мы не согласны с А. М. Свядощем, R. Hofstätter, P. Friedländer и другими исследователями, полагающими, что при вагинизме иногда вместе с сокращением вышеупо-

мянутых мышц могут сокращаться и мышцы брюшной стенки. Ведь группа мышц тазового дна и промежности является прямым антагонистом мышц брюшной стенки. При напряжении последних мышцы тазового дна и промежности расслабляются, половая щель и анус приоткрываются. При сокращении же мышц тазового дна мышцы брюшной стенки, наоборот, должны расслабляться, что они и делают.

Если в судорожном спазме мышц тазового дна с самого начала участвует m. constrictor cunni, то вход во влагалище сжат и совершенно не допускает введения полового члена (II и III степени вагинизма по А. М. Свядощу). Если же в начале полового акта спазм m. constrictor cunni не был значительным, введение полового члена еще возможно (I степень вагинизма по А. М. Свядощу), но приступ вагинизма может случиться уже в процессе полового акта. Половое сношение должно происходить в спокойной обстановке, исключающей напряженное состояние партнеров, так как иначе это не только отрицательно сказывается на физиологии полового акта, но иногда даже может спровоцировать тяжелый приступ вагинизма — может наступить penis captivus (пленение полового члена). Спазм мышц тазового дна может достигать такой большой силы, а сжатие основания пениса может быть настолько велико, что мужчина не имеет возможности извлечь его из влагалища. Ввиду того что артерии полового члена расположены более глубоко, чем вены, а артериальное давление во много раз сильнее венозного, кровь продолжает поступать в пещеристые тела пениса, а ее отток полностью прекращается. Это ведет к резкому увеличению объема полового члена, что еще более затрудняет его выведение. Резкие попытки мужчины освободиться от крайне болезненного «плена» еще более усиливают спазмы у женщины. Боль может достигать шоковой силы и, несмотря на неблагоприятную обстановку, доводит мужчину до крика и требования врачебной помощи. В старое время эта помощь заключалась в помещении обоих партнеров в теплую ванну. Теперь же почти все авторы рекомендуют дать глубокий наркоз женщине.

В. И. Здравомыслов предлагает более удобный способ, опубликованный им в 1937 году. Женщина как можно сильнее напрягает брюшной пресс (как при дефекации), а мужчина вводит указательный палец в прямую кишку женщины и сильно оттягивает ее кзади. Спазм немедленно проходит, и пенис освобождается.

Однажды во время гинекологического осмотра 27-летней женщины, несколько месяцев тому назад вышедшей замуж, В. И. Здравомыслов почувствовал настолько сильное сжатие мышц влагалища, что с большим трудом мог извлечь пальцы. Из расспроса выяснилось, что больная до регистрации брака несколько лет жила с теперешним мужем неофициально. Не желая терять девственности, пользовалась вместо нормального коитуса различными его суррогатами. В начале нормальной половой жизни у нее развился вагинизм, заключавшийся в совершенно безболезненном, но очень мощном непроизвольном сжатии мышц промежности, вследствие чего получался penis captivus. Попытки больной ослабить тонус мускулатуры, как и попытки мужа прервать акт, вызывали всегда еще большее усиление спазма и боль. Больная в настоящее время живет очень интенсивной половой жизнью: явления спазма бывают не при каждом коитусе, а только несколько раз в месяц — в день, когда больной приходилось много нервничать. Больная рассказала, что в первый месяц супружества этот спазм доставлял ей и мужу много огорчений, но впоследствии они «приспособились».

Однажды муж, стараясь освободиться «из плена», ввел указательный палец правой руки в анус жены и сильно оттянул его кзади. Немедленно наступило полнейшее расслабление влагалища. Учтя это обстоятельство, супруги впредь стали немедленно и с неизменным успехом ликвидировать наступающий спазм.

Указания на возможность penis captivus мы встречаем у Davis, Fritzsch, V. D. Hildebrant, Stöckel, W. Benthin, H. Romer, Ив. Петрова, Т. Бостанджиева и др. Hildebrant описал случай penis captivus у супругов через год после начала половой жизни. К счастью, это весьма неприятное осложнение вагинизма встречается крайне редко. Так, J. Hynie, хотя и описал penis captivus в своем капитальном труде по сексологии, в своей практике ни разу не наблюдал его. Marsalek и H. Lehfeldt считают, что у человека вообще не может возникнуть такой ситуации. Ряд авторов считают, что penis captivus бывает только у собак. У женщины, по мнению этих исследователей, мышцы тазового дна не настолько мощны, чтобы так сильно зажать мужской половой член.

Здесь смешивают два совершенно различных понятия. У человека penis captivus возникает в результате спазма мышц тазового дна у женщины, у собак же и у ряда других животных первопричиной является наличие в половом члене самца продольно расположенной «косточки» (os penis), которая во время полового акта сокращением мышц переводится в поперечное положение, отчего пенис приобретает как бы крестообразную форму, что не дает возможности извлечь его из влагалища. С излитием семени «косточка» вновь занимает продольное положение и пенис свободно вынимается.

Многие сексопатологи знакомы с penis captivus только

понаслышке, а сами в своей практике никогда не наблюдали соответствующих случаев. В Чехословакии возникла дискуссия, возможен ли penis captivus у человека (Kvuis D., 1971). Оказалось, что в Институте медико-санитарной информации с 1948 года нет сведений о публикации таких случаев. Тогда для выяснения этого вопроса были посланы запросы в 24 акушерско-гинекологических учреждения — не было ли в их практике подобного осложнения, 22 учреждения ответили отрицательно, и 2 — положительно.

Так, д-р Станичка из Брно в 1950 году дважды оказывал помощь одной и той же женщине, но с разными партнерами. Первый раз была произведена инъекция атропина, второй — полный наркоз женщине. О втором случае penis captivus сообщил d-r Slavka, главный врач Босковицкой больницы. На сей раз помощь заключалась в уколе иглой без всякой инъекции. Отекший пенис освободился в состоянии пассивной гиперемии. Итак, за 30 лет в Моравии было зарегистрировано только 3 случая penis captivus.

Н. П. Бруханский в своей статье о скотоложстве приводит случай, опубликованный E. R. van Hoffmann. 19-летний юноша приучил огромного сторожевого пса к активной педерастии, сам же был пассивным партнером. Однажды во время акта что-то их вспугнуло. Оба вскочили, а так как у пса os penis в данный момент стояла поперек, то резкое движение привело к разрыву сфинктера, кожи и слизистой прямой кишки молодого человека.

Некоторые специалисты считали возможным нахождение в большой головке полового члена призматического хряща, напоминающего os priapi ряда животных, в действительности, конечно, никаких «косточек» и хрящей нет ни в норме, ни в патологии. Принятый в урологии термин os penis применяется для обозначения фибропластического затвердения полового члена, описанного как болезнь Пейрона.

По особенностям возникновения и клиническому течению вагинизма А. М. Свядощ различает три формы: неврастеническую, фобическую и истерическую.

Неврастенический вагинизм чаще всего наблюдается у легковозбудимых, астеничных, сензитивных женщин. На передний план выступает непроизвольная условно-рефлекторная защитная судорожная реакция, а не чувство страха половой близости или тревожное ожидание боли. Поэтому обычно дело не идет дальше I, редко II степени вагинизма,

и женщина вновь и вновь пытается начать или продолжить половую жизнь.

Фобический вагинизм характерен для невроза навязчивых состояний. Налицо страх полового акта. Больные понимают его необоснованность, пытаются его преодолеть, но не могут. Боязнь полового акта или гинекологического исследования вызывает бурную эмоцию страха уже при одном прикосновении к половым органам или виде гинекологического кресла, а иногда лишь при мысли о них, причем театральность в поведении не характерна для этих больных. Здесь чаще всего наблюдаются II и III степени вагинизма. К этой форме заболевания более склонны женщины тревожно-мнительные, боязливые, нередко пережившие или переживающие какие-либо другие фобии (боязнь беременности, темноты, инфекции и пр.).

Истерический вагинизм встречается при осознанном или неосознанном нежелании больной жить половой жизнью с данным лицом. Вагинизм здесь — средство для достижения этой цели. Он возникает по механизму условной приятности или желательности болезненного симптома (А. М. Свядощ) и носит черты театральности, гротеска, драматического изображения отвращения или боязни половой близости, нередко сопровождается жалобами на «жгучие боли», возникающие при малейшем прикосновении к половым органам. Как при любом истерическом симптоме или синдроме, здесь имеется «патологическая адаптация к нежелательной ситуации», которая обычно не осознается больной. При этой форме вагинизма чаще встречается II степень. Причины, порождающие нежелание больной жить с данным лицом половой жизнью, могут быть различны (вынужденный брак, физические или моральные качества мужчины, вызывающие отвращение, половая слабость мужа). Иногда неспособность дефлорировать жену из-за половой слабости ведет к возникновению неосознаваемого желания вообще не начинать половой жизни с этим партнером, что и приводит к вагинизму.

Н. В. Свечникова и М. С. Бакшеев (1974) различают неврогенную и психогенную формы вагинизма.

Конечно, психотерапия при всех этих формах должна отличаться своим содержанием.

Большинство авторов (П. Г. Бондарев, И. С. Галант, И. И. Грищенко, М. П. Грищенко, В. Г. Дик, А. П. Николаев, А. Б. Прейсман, А. М. Свядощ, Ю. В. Феофилова, Л. Я. Якобзон, В. Н. Barter, Bonne, К. Höck, Holst,

L. Iochelson, W. S. Kröger, J. Liegner, J. Malleson, A. Mayer, M. D. Maker, Mayer-Rüegg, Mohr и др.), совершенно справедливо считают, что лечение вагинизма должно быть строго психотерапевтическим, а всякое местное лечение скорее приносит вред, нежели пользу. Особенно осторожными надо быть с решением вопроса о хирургическом вмешательстве, хотя женщины, страдающие вагинизмом, чтобы избавиться от чувства своей неполноценности и сохранить семью, не желая расставаться с мечтами о потомстве, согласны на любые операции, на любые методы лечения.

Приведем один из таких методов. Еще Sims советовал в особо тяжелых случаях, когда всякое лечение оказывалось безуспешным, производить дефлорацию и первые половые акты под эфирным наркозом. По свидетельству Schoeder, такой способ лечения вагинизма применялся в Америке. Помимо эфира для этой цели употребляли хлороформ. Женщина таким образом имела возможность забеременеть и родить, а после родов вагинизм самоизлечивался. W. Stöckel присвоил таким бракам термин aetherche (эфирный брак), а ребенка от такого брака назвал aetherkind (эфирное дитя). На Западе такой метод практикуется и ныне, о чем сообщает международный журнал «Гинекология» (№ 2, 1969), издаваемый ВОЗ в Базеле (G. Rieben).

Ив. Петров и Т. Бостанджиев (1969) в своей монографии сообщают о двух случаях вагинизма, когда первый коитус был организован в кабинете гинеколога. Женщины при коитусе были под наркозом. У обеих больных после наркоза половая жизнь по-прежнему была невозможна. Тяжелые переживания полового сношения с «бездвижным трупом» в присутствии третьего лица были причиной долголетней психической импотенции у одного из супругов. На основании этого авторы сомневаются в целесообразности коитуса под наркозом. Мы считаем такой коитус не только нецелесообразным, но и недопустимым.

З. Р., 34 года, врач. Сильный страх перед коитусом. После нескольких лет неэффективных и крайне болезненных попыток к коитусу под общим наркозом произведено рассечение гимена без эффекта Половая жизнь по-прежнему невозможна. За все время был единственный половой акт, когда муж, по просьбе больной, привязал ее ремнями за руки и ноги к кровати Назначена психотерапия. При попытке осмотреть больную перед сеансом внушения она стала кричать: «Не надо! Больно! Больно!». Проведен сеанс внушения в бодрствующем состоянии (гипнотический сон получить не удалось), но после сеанса больная дала себя осмотреть одним пальцем. Обнаружена беременность — 2 ме-

сяца. На дальнейшее лечение больная не явилась. Можно только предполагать, что после родов половая жизнь наладилась.

К сожалению, гинекологи-хирурги, желая облегчить судьбу несчастных женщин, страдающих вагинизмом, идут по линии наименьшего сопротивления и разрабатывают одну за другой различные операции, от простых эксцизий и полного удаления гимена (Sims) до сложных чревосечений, но часто эти операции еще более ухудшают положение.

Так, Bunns, Simpson, Tavel применяли перерезку n. pudendi communis, приводившую к полной анестезии в области вульвы, а Leriche — периартериальную симпатэктомию нижнего гипогастрального сплетения. У нас Е. И. Кватер применял предложенную Cotte и Leriche резекцию пресакрального нервного сплетения.

В Болгарии И. Ю. Иванов предпочитал операцию Pozzi — Bucura, заключающуюся в рассечении волокон m. constrictoris cunni и m. transversi perinei superficialis. Charrier еще в 1862 году предложил форсированное расширение вульварного кольца под наркозом (вплоть до разрыва мышц). По этой методике начали лечить вагинизм и наши отечественные гинекологи. Так, 7. X. 1871 года на заседании акушерско-гинекологической секции Петербургского общества немецких врачей В. В. Сутугин сделал сообщение об удачном излечении двух случаев вагинизма по этой методике. В первом случае это была замужняя девственница, страдающая вагинизмом 13 лет, а во втором — 19-летняя новобрачная.

H. J. Prill (1964) советует для лечения вагинизма вводить под наркозом или гипнозом протез, имитирующий мужской половой член. Ив. Петров рекомендует предварительно перед любой операцией испробовать новокаиновую блокаду и выяснить половую потенцию мужа.

Еще более 100 лет тому назад Scanzoni (1867) считал, что вагинизм всегда можно вылечить без оперативного вмешательства. F. Mohr (1946) пишет: «Имеются еще гинекологи, настолько неподготовленные в медицинском и психологическом отношении, что атакуют девственную плеву ножом». Он выражает надежду, что хирургическое лечение со временем перестанет быть необходимостью.

Мы также категорически против всяких хирургических вмешательств, так как почти всегда достигали хороших и быстрых результатов с помощью психотерапии.

**Псевдовагинизм.** Описанную клиническую картину чи-

сто психорефлекторного спазма можно назвать «истинным вагинизмом». Audry считает, что в некоторых случаях вагинизм может не сопровождаться мощным сокращением мышц бедер и тазового дна, а выражаться лишь чрезмерной болевой гиперестезией наружных половых органов, обусловленной вульвовагинитом, экземой, герпесом, трещинами и ссадинами вульвы, трещинами заднего прохода, камнями уретры и пр.

Мы согласны с мнением R. Jaschke, что подобные отклонения необходимо отнести к «псевдовагинизму». Такого же мнения придерживаются В. Г. Дик, А. М. Свядощ, W. S. Kroger, R. Reis и др. Из советских авторов мнение Audry разделяет только Е. И. Кватер. Мы под псевдовагинизмом понимаем не особое нозологическое заболевание, а лишь синдром, сопровождающий анатомические изменения вульвы, вызванные указанными заболеваниями. Все эти заболевания вульвы, уретры и заднего прохода, затрудняющие или даже иногда исключающие коитус, относятся к другим разделам гинекологии, урологии или хирургии и к истинному вагинизму отношения не имеют.

**Комплексный метод лечения вагинизма** заключается в следующих десяти элементах:

1. Подробный сбор анамнеза с выяснением особенностей личности, воспитания. Детальный анализ психогении.

2. Разъяснительная беседа о сущности вагинизма (в бодрствующем состоянии).

3. Убеждение больной, что лечение будет абсолютно безболезненно и при всех манипуляциях она будет активно ассистировать врачу (в бодрствующем состоянии).

4. Тренировочная гимнастика бедер:

а) сидя верхом на стуле лицом к спинке;

б) лежа на лежаке (в бодрствующем состоянии).

В тяжелых случаях вагинизма женщина и в обычной жизни держит ноги плотно сдвинутыми, часто сидит положив ногу на ногу. Ей крайне трудно раздвигать ноги, а тем более довести угол разведения бедер до величины, разрешающей лечь в гинекологическое кресло. Когда женщина садится на стул лицом к спинке, она невольно должна раздвинуть ноги. В следующий раз для увеличения угла разведения бедер на стул можно добавочно положить подушку.

Когда это хорошо удается во врачебном кабинете, дается домашнее задание: продолжать упражнение в течение 2—3 недель.

На лежаке предлагается разводить ноги, согнутые в коленях, до максимально широкого угла, с каждым сеансом стараясь увеличивать угол разведения.

5. Тренировочная дыхательная гимнастика брюшного пресса (на лежаке). Больной, лежащей на спине с макси-

мально разведенными и согнутыми в коленях ногами, предлагается набрать полную грудь воздуха и сильно напрячь брюшной пресс (как при запоре). Этот прием мы советуем использовать при попытке к половому акту (в момент введения полового члена).

6. Гипносуггестивный сеанс. Уменьшение, смягчение и снятие страха перед гинекологическим осмотром, а позже — перед половым сношением. Повторение внушения о том, что «все лечение будет абсолютно безболезненным». Сеанс заканчивается внушением проснуться свежей, бодрой, в радостном настроении, без страха, а в следующий раз заснуть быстрее, глубже, приятным сном. Если во время первого сеанса удается получить довольно глубокое гипнотическое состояние, то после пробуждения женщина укладывается на гинекологическое кресло. Если больная не гипнабельна, осмотр на кресле откладывается еще на 1—2 сеанса.

7. Наружный осмотр на гинекологическом кресле (в бодрствующем состоянии). Когда больная ляжет на кресло, мы предлагаем ей набрать полную грудь воздуха и очень сильно напрячь брюшной пресс. При этом мышцы тазового дна расслабляются и половая щель приоткрывается, давая возможность наружным осмотром сделать заключение о состоянии девственной плевы. Затем вазелиновым или растительным маслом смазывается заднепроходное отверстие и при натуживании брюшного пресса производится пальцевое ректальное исследование.

8. Ректальный осмотр для выяснения состояния внутренних половых органов и тщательный осмотр гимена, для чего гимен выпячивается наружу введенным в прямую кишку пальцем.

Обычно женщины, которые до внушения не могли ни лечь на кресло, ни даже раздвинуть ноги, после сеанса, как правило, совершенно свободно ложатся на кресло и позволяют произвести указанные манипуляции.

9. Расширение отверстия девственной плевы до ширины несколько большей, чем необходимо для свободного полового сношения, производится: а) расширителями Гегара или Жоли; б) зеркалом Куско (изнутри); в) зеркалами Саймса; г) маленьким метрейринтером (изнутри); д) пальцами.

У гипнабельных больных часто уже после 2—4-го сеансов достигается достаточный уровень аналгезии в постгипнотическом бодрствующем состоянии. В некоторых случаях у недостаточно гипнабельных больных приходится прибегать к смазыванию интроитуса, гимена и

нижнего отрезка влагалища (через гимен) 2% раствором дикаина.

Вход во влагалище, так же как и все инструменты, хорошо смазывается вазелиновым или растительным маслом. Перед введением расширителя или зеркала больная напрягает брюшной пресс. Зеркало Куско вводится в закрытом виде и после разведения браншей (с каждым введением все шире и шире) вынимается врачом или самой больной. После извлечения окружность наибольшего разведения измеряется сантиметром. Зеркало Саймса после введения слегка оттягивается в сторону промежности Метрейринтер вводится корнцангом в сложенном виде, затем резиновой грушей наливается, трубка зажимается, легкими потягиваниями за нее баллон извлекается. При каждом потягивании больная помогает врачу, напрягая брюшной пресс. Когда женщина совершенно освоится с выведением инструментов, очень хорошо поручить ей и вводить их самой — это еще быстрее и радикальнее ликвидирует остатки страха

Раньше мы, имея в своем распоряжении расширители Гегара только № 23, переходили с них на расширение зеркалами. Сейчас же мы специально для этих больных заказали гегаровские расширители до № 40 Женщины охотнее переносят этот вид расширения.

10. Домашнее задание по тренировочной гимнастике бедер и брюшного пресса. Кроме того, рекомендуется получить данные о размерах полового члена мужа в состоянии эрекции (6 размеров).

Как правило, больные охотно и активно ассистируют при всех манипуляциях, сами вынимают введенные врачом расширители, интересуются диаметром расширения, сами измеряют окружность раздвинутых браншей зеркала Куско, сверяя по разработанной нами таблице перевод одного расширения на другое, и пр. Обычно уже к концу лечения больная начинает регулярные и совершенно безболезненные половые сношения.

В некоторых случаях, когда у больной в данный момент нет мужа и полового акта после окончания лечения довольно долго не будет, мы, во избежание суживания гименального кольца, раскрываем бранши зеркала Куско еще шире, с таким расчетом, чтобы, вынимая его, больная немного надорвала девственную плеву.

После излечения вагинизма мы не считаем свою задачу законченной и добиваемся ликвидации также и фригидности, внушая при последующих сеансах гипнотерапии появление либидо и получение оргазма.

Непосредственные и отдаленные результаты при тяжелом вагинизме нами выявлены у 61 больной.

**Формы вагинизма.** R. H. Barter и L. Jochelsen (1961) делят всех больных вагинизмом на три группы:

I — девушки, у которых вагинизм был выявлен при предбрачных осмотрах. Встречается редко. Средний воз-

раст несколько более 20 лет; II — замужние девственницы, которые в течение нескольких недель, месяцев или даже лет не могли начать половую жизнь; III — женщины, у которых вагинизм развился после какой-то психической травмы.

Исследования вашингтонских гинекологов, во-первых, предполагают широкое применение предбрачного расширения девственной плевы у женщин I группы; во-вторых, авторы считают, что лечение должно обязательно проводиться с согласия мужа или жениха; в-третьих, расширение должна делать сама больная, чтобы у нее не создалось впечатления, что ее дефлорировал врач.

Для этой цели авторы выдают больной конический расширитель Kelli, чтобы она самостоятельно ежедневно, дважды в день, в течение двух недель расширяла отверстие девственной плевы и влагалища, постепенно доводя диаметр до отметки 45—50 мм. Через 2 недели больная должна явиться на контрольный осмотр.

Такой способ, конечно, возможен далеко не во всех случаях вагинизма. Мы по клиническому течению различаем пять форм вагинизма: замужние девственницы, дефлорированные, оперированные, имевшие аборты и рожавшие.

Из 61 женщины, страдавшей вагинизмом, 39, будучи замужем, при обращении к нам были девственницами. Rohleder у таких замужних девственниц предлагал заменить диагноз vaginismus на hymenismus.

*Таблица 17*

**Длительность заболевания вагинизмом (до обращения в гипноторий)**

| Формы вагинизма | До 1 года | 1 год | 2 года | 3 года | 4 года | 5 лет | 6 лет | 7 лет | 8 лет | 9 лет | 10 лет | 12 лет | 14 лет | 39 лет | ? | Всего |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Замужние девственницы | 9 | 3 | 7 | 6 | 3 | 3 | 4 | 2 | — | 1 | — | — | — | 1 | | 39 |
| Дефлорированные | 3 | | 2 | 3 | 2 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 13 |
| Оперированные | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | | 3 |
| Имевшие аборты | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 3 |
| Рожавшие | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 3 |

Из табл. 17 видно, что длительность предварительного неэффективного лечения у больных вагинизмом довольно высока (2—7 лет). На первом году заболевания обратилось только 12 человек (менее 20%), на 10—14-м — 5 женщин, а одна замужняя девственница обратилась через 39 лет после замужества.

Мы согласны с H. Robert, R. H. Barter, Leon Vochelson (1961), считающими, что чем позже начато лечение вагинизма, тем труднее оно поддается лечению. Все же комплексным методом нам удалось излечить ряд больных с длительностью заболевания более 10 лет.

Средняя длительность заболевания до обращения была около четырех лет. В возрасте до 20 лет к нам обратилась 1 больная, от 20 до 24 лет — 15, от 25 до 29 лет — 23, от 30 до 34 лет — 11, от 35 до 39 лет — 3, от 40 до 44 лет — 5 и старше 45 лет — 4 женщины. Средний возраст 31 год.

Как причиной развития вагинизма у жены довольно часто является недостаточная половая потенция мужа, так и наоборот — длительно существующий вагинизм может со временем привести к импотенции мужа. Это явление подметили также А. И. Буньков (1967), K. Höck (1973) и др.

Эффективность психотерапии при вагинизме высока: у 55 женщин из 61 нам удалось получить полный эффект, у 1 — резко выраженный, у 2 пациенток был получен недостаточный эффект (лечение не было закончено), у 3 пациенток лечение не принесло результатов.

Мы не можем согласиться с мнением Friedländer, утверждающего, что в случаях вагинизма всегда имеются отчетливые указания на инфантилизм. Убедительным доказательством его отсутствия у большинства больных является то, что многие пациентки после лечения вагинизма быстро забеременели и благополучно родили.

Женщины, страдающие вагинизмом, как правило, страстно мечтают забеременеть. Первым описал беременность при вагинизме у замужней девственницы с ненарушенной плевой Packard. Беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 6-м месяце. Из 61 женщины три замужние девственницы, несмотря на целостность гимена, обратились к нам уже беременные.

Л. И., 27 лет, врач, замужем 3 года Первые 3 недели замужества было четыре резко болезненных и неэффективных попытки к коитусу. Развился страх перед новыми попытками и перед гинекологическим осмотром. Virge. Резко выраженный вагинизм, больная почти не может раздвигать ноги, даже наружный осмотр половых органов невозможен.

После второго сеанса внушения в гипнотическом сне (глубокая сомноленция) женщина дала себя осмотреть наружно и ректально. Отверстие девственной плевы округлой формы, около 5 мм в диаметре. На пятом сеансе после смазывания интроитуса 10% раствором кокаина произведено инструментальное расширение отверстия девственной плевы до № 14 бужа Гегара, после чего произведено пальцевое расширение сначала мизинцем, затем указательным и, наконец, большим пальцем. Определена беременность. На восьмом сеансе уже без всякой анестезии влагалище спокойно пропускало 2 пальца. Страха нет. Начала регулярную половую жизнь. Всего получила 10 сеансов внушения. Беременность завершилась благополучно рождением сына. Через 2 года Л. И. родила второго сына.

Еще 16 больных забеременели и родили вскоре после ликвидации вагинизма. Некоторые наши пациентки родили дважды.

Приведем ряд примеров.

Л. Г., 28 лет, библиотекарь. Менструирует с 14 лет, безболезненно. До замужества в 18 лет была попытка к изнасилованию, но Л. Г. подняла крик и ее оставили.

В 23 года вышла замуж. Многократные попытки к коитусу, но Л. Г. не могла даже раздвинуть ноги из-за сильного спазма (до судорог) больших приводящих мышц бедер. Такой же спазм возникал не только при попытке врачебного осмотра, но даже при одной мысли о нем. Все время неэффективно лечилась. В Костромском областном психоневрологическом диспансере получила 25 сеансов гипносуггестивной терапии, после которой не удалось произвести даже наружного гинекологического осмотра.

Через 2,5 года брачной жизни муж оставил больную и уехал. Л. Г. продолжала упорно лечиться, получила еще 24 сеанса психотерапии, но безуспешно. Была направлена к нам.

Отмечается пониженное настроение. Больная убеждена в полной безнадежности лечения, в своей обреченности всю жизнь «быть одной». Начато комплексное лечение. Собран подробный анамнез. Проведены разъяснительные беседы и сеанс гипносуггестивной терапии (глубина сна — сомноленция). Внушение уверенности в быстром и полном излечении, а также в полной безболезненности всего лечения. После сеанса хорошее, бодрое, радостное настроение, уверенность в хорошем исходе лечения. Проведена тренировочная гимнастика на лежаке и стуле, после чего больная впервые в жизни свободно легла на гинекологическое кресло и дала себя осмотреть наружно и ректально. Отверстие девственной плевы 1,0—1,2 см в диаметре. Внутренние половые органы без отклонений от нормы.

Через два дня пришла в хорошем, бодром настроении. С домашним заданием справилась хорошо. Проведен второй сеанс внушения (глубокая сомноленция), после которого на гинекологическом кресле совершенно безболезненно проведено расширение гименального кольца до № 23 бужа Гегара Больная активно ассистировала.

На следующий день удалось ввести зеркало Куско. Через неделю, после 5-го сеанса, зеркало Куско свободно раскрывалось до 12,5 см в окружности.

Внушение появления либидо, а после начала половой жизни и оргазма. Еще через день при смазывании гименального кольца 2% раствором дикаина бранши зеркало Куско раздвинуты до 13,5 см в

окружности и больная, вынимая его, сделала совершенно нечувствительно небольшой надрыв гимена.

Через 2 недели после 8 сеансов (глубина гипноза — гипотаксия) Л. Г. свободно вынимает зеркало Куско, раскрытое до 13,5 см в окружности, и пропускает во влагалище 2 пальца. Женщина вторично вышла замуж, половая жизнь полноценна. Больная забеременела, родила. Через 2 года родила второго ребенка.

Т. Р., 40 лет, бухгалтер. Вышла замуж 26 лет, но из-за боли и страха после неудачной попытки к коитусу за все время супружеской жизни не было ни одного сношения. Через 3 года произведено иссечение девственной плевы, но и после операции положение не изменилось. Только через 11 лет после неэффективной операции начала получать курс психотерапии. После 10 сеансов комплексного лечения без всякой анестезии влагалище стало свободно пропускать большой палец, а после 14 сеансов наладилась регулярная половая жизнь.

Приведем пример тяжелого вагинизма, причиной которого явилось неправильное половое воспитание и крайне редко встречающаяся, резко отрицательная направленность главных эрогенных зон (рот, соски, клитор).

А. Ц., 31 год, инженер. Половое созревание позднее. Менструации начались после 16 лет (до замужества с перебоями по 2—3 месяца). В институте интересовалась только наукой, на юношей внимания не обращала, мечтала о «сказочном принце». Впервые полюбила, когда ей было 24 года, ходила с женихом взявшись за руки, о половой жизни имела смутное представление. Через некоторое время ее впервые в жизни поцеловали, но этот поцелуй произвел на А. Ц. крайне отталкивающее впечатление чего-то грязного, и она от обиды горько расплакалась. Объяснить жениху в чем дело не смогла.

Молодой человек, видя такую реакцию на свою ласку, стал понемногу охладевать к ней, женился на другой девушке. А. Ц. тяжело переживала разрыв, плакала ночи напролет.

Наряду с полной асексуальностью у больной была сильнейшая жажда материнства, и, чтобы иметь ребенка, она через некоторое время вышла замуж без любви. Выяснилось, что не только рот, но и другие главнейшие эрогенные зоны (соски и клитор) имеют резко выраженную отрицательную направленность. Она сама не могла дотрагиваться ни до своих сосков, ни до своего клитора.

Приведем выдержки из ее письма: «Так называемый «медовый месяц» я и сейчас не могу вспомнить без содрогания. О том, как происходят половые сношения, я имела весьма смутное представление. Все это вызвало у меня отвращение и ужас. Я, наверное, целый месяц не подпускала мужа. Я предлагала ему разойтись, но он не хотел и слышать об этом. Примерно через полгода после замужества мне пришлось посетить гинеколога, но при первом же прикосновении меня как будто ударило током, я нечаянно лягнула врача. Короче говоря, осмотреть меня не смогли. С тех пор кабинет гинеколога стал для меня камерой пыток.

Время шло... Мы с мужем жаждали ребенка. При малейшей задержке менструации я считала себя будущей матерью и даже придумывала имя малышу. Но увы... Надежды не сбывались. Каждую менструацию я встречала с отчаянием и слезами. Один врач посоветовал мне ехать в Саки, но там у меня не смогли взять даже мазок. Нако-

нец, я прочитала книгу Рудольфа Нойберта «Новая книга о супружестве». Многое мне стало яснее, а главное, на пятом году замужества я поняла, что у нас с мужем не было правильных сношений. При попытке правильных сношений у меня те же ощущения — боль, страх, спазмы».

Почти через шесть лет такого замужества больная была направлена к нам. Подойти к гинекологическому креслу не могла. После гимнастики бедер на стуле и лежаке, а также гимнастики брюшного пресса проведен сеанс внушения. Почти в бодрствующем состоянии сделано повторное внушение, что осмотр будет абсолютно безболезненным. После сеанса смогла лечь в кресло. При осмотре: наружные половые органы сформированы нормально. Virgo — отверстие гимена около 1 см в диаметре. Клитор и препуциум обильно смазаны смегмой. Оказалось, что всю жизнь больная проводила гигиенические манипуляции, поливая воду из чайника, так как было «жутко страшно и противно дотронуться рукой до половых органов». При ректальном осмотре: матка несколько инфантильна, придатки не определяются. Дано домашнее задание по тренировке бедер и брюшного пресса. Назначена гипносуггестивная терапия один раз в неделю. После второго сеанса начато расширение гимена и влагалища. После 4-го сеанса возможно вагинальное исследование, после 5-го с трудом, но начала ежедневные обычные подмывания с мылом, после 11-го начала нормальную половую жизнь, но коитус был еще несколько болезнен. Вскоре забеременела и родила здоровую девочку. Через два года родила сына.

Представляет интерес следующее наблюдение, где причиной развития тяжелого вагинизма явились неправильное половое воспитание и бытовые пережитки.

Муж, уроженец Средней Азии, полюбив русскую девушку, послал ее фотографию родителям. В ответ получил телеграмму с требованием немедленно отказать невесте. Он должен жениться только на «правоверной», иначе родители его проклянут. «Мы сами привезем тебе невесту». Через некоторое время привезли невесту, красивую восемнадцатилетнюю девушку, которую он никогда ранее не видел. Она воспитывалась в строгих восточных правилах, дома жила на женской половине, в школу ее провожал кто-нибудь из родных. Ни с кем не дружила, о половой жизни не имела ни малейшего представления, только твердо знала, что выйти замуж она должна не по своему желанию, а по выбору родных. Естественно, в первую брачную ночь ею овладел страх, она стала плакать. Новобрачный, человек деликатный, не стал настаивать, но страх у больной остался, развился тяжелый вагинизм. Шли годы, но половая жизнь так и не началась. Правду о своем положении молодые от родных скрыли. Обе семьи требовали ребенка, а его не было. Если раньше семьи стремились породниться, то теперь начались взаимные упреки. Родители жены говорили: «Ваш сын не может иметь детей». Родители мужа: «Вы подсунули нам бесплодную смоковницу». Через 3 года на общем семейном совете решили: ждать еще год, а если ребенка не будет — развод. Наконец, больная направлена на лечение. Был применен комплексный метод лечения вагинизма, который дал хороший эффект. Страх перед осмотром и половой жизнью стал ослабевать довольно скоро после начала лечения. Уже после первого сеанса больная свободно легла на гинекологическое кресло, дала себя осмотреть наружно и ректально. В тот же день было проведено расширение гименального кольца расширителями Гегара до № 23. После

проведенного курса наладилась нормальная половая жизнь, больная забеременела и родила здорового мальчика. Через 5 лет родила девочку.

Иногда толчком к развитию вагинизма могут явиться неудовлетворительные бытовые условия, особенно если в комнате молодоженов находится постороннее лицо.

Заслуживают внимания три случая тяжелого вагинизма у рожавших женщин. Особый интерес представляет экскви-зитный случай первичного вагинизма, не ослабевшего в течение 10 лет супружеской жизни, несмотря на неоднократные беременности.

В. П., 34 лет, инженер. Менструировать начала довольно поздно — в 18 лет, каждые 27 дней, по 5 дней. Около трех лет менструации были безболезненные, а потом с момента появления крови начались боли. Онанизм отрицает, либидо вообще не было. В 24 года вышла замуж, без большой любви к мужу. В первую брачную ночь был страх, попытки к коитусу крайне неприятны и болезненны. Дефлорации не состоялось и в дальнейшем. Все же вскоре больная забеременела и родила. Дефлорация изнутри головкой плода во время родов. После родов вагинизм продолжался с прежней силой. Половой акт только вестибулярный и неприятный (женщина избегает его). Все же наступило еще три беременности: две закончились абортами, третья — кесаревым сечением.

После операции вагинизм настолько обострился, что в течение 5 лет не было ни одного полового акта. Супруги не разводятся, так как муж очень любит детей.

За 10 лет не было ни одного нормального полового акта. Начато комплексное лечение. Вначале глубина сна была равна сомноленции, а потом — гипотаксии. После 5-го сеанса внушения больная впервые начала половую жизнь, но у мужа оказалась абсинентная импотенция (ejaculatio praecox), которая была ликвидирована внушением в ряде бесед. После 8 сеансов у женщины начало появляться либидо. Постепенно все наладилось, и после 15 сеансов комплексного лечения супруги стали жить нормальной половой жизнью. Больная стала испытывать оргазм.

С. Ш., 31 год, учительница, крайне нервная, бледная, астеничная (вес 51,0 кг при росте 160 см). С 13 лет страдает очень мучительной и частой левосторонней мигренью. Менструирует нормально с 14 лет. В 21 год вышла замуж. Первую брачную ночь молодожены из-за неблагоприятных квартирных условий провели в гостинице. Попытка дефлорации была крайне болезненна, но кричать С. Ш. стеснялась. Плакала, извивалась. Дефлорация не удалась. Отсутствие нормальных жилищных условий, боязнь боли привели к тяжелому вагинизму — даже мысль о половой жизни была мучительна. Изредка — наружное прикосновение к половым органам, иногда с излитием семени у мужа. Через 5 лет, оставаясь анатомически девственницей, С. Ш. забеременела. Беременность протекала с тяжелым токсикозом. Больная долго лежала в больнице. Гимен разорван изнутри головкой плода.

После родов сильный страх повторной беременности. Ни одного полового акта в течение пяти лет.

Начата психотерапия. После первого сеанса дала себя осмотреть. Появилось либидо, после нескольких сеансов С. Ш. начала нормальную половую жизнь. Общее состояние и настроение хорошие.

Из 61 женщины, страдавшей вагинизмом, у 58 пациенток был первичный вагинизм (с момента начала половой жизни) и только у 3 — вторичный.

Ввиду крайней редкости вторичного вагинизма приведем краткие выписки из историй болезни.

Н. Г., 40 лет, закройщица, вышла замуж 22 лет. Жила счастливо полноценной половой жизнью, и 16 лет тому назад родила нормального ребенка, 5 лет тому назад муж погиб. Имела связь, но вскоре начались обильные бели. Н. Г. прекратила половую жизнь и длительно лечилась от кольпита. В процессе лечения развился сильнейший страх перед коитусом и даже гинекологическим исследованием, произвести которое почти не удается из-за выраженного вагинизма. Даже наружные прикосновения к половым органам вызывают резкую боль, особенно слева, у остатков девственной плевы. Встретила человека, за которого хочет выйти замуж, но страх перед болью удерживает ее от этого шага. Внушение в глубоком гипнотическом состоянии наладило полноценную половую жизнь с оргазмом во время каждого полового акта.

А. К., 47 лет, рабочая. Явилась на прием к гинекологу с жалобами на невозможность половой жизни, так как мешают «опухоль» и резкая боль при попытке к половому акту. Менструирует с 14 лет, каждый 21 день, по 4 дня, с сильными болями. Замуж вышла 25 лет. Через 5 лет сделала искусственный аборт. Половая жизнь в течение 18 лет удовлетворяла больную. 4 года тому назад врач диагностировал фиброму матки, соответствующую по величине восьминедельной беременности. Сообщение о наличии опухоли вызвало фобический, невротический синдром, осложненный резким вагинизмом. Коитус по настоянию женщины только вестибулярный, а последнее время половая жизнь совсем прекратилась. «Опухоль» загораживает путь половому члену, попытка к сношению очень болезненна. При осмотре: наружные половые органы развиты нормально, никакой опухоли во влагалище нет (отмечается выраженный спазм промежности при введении пальцев). Влагалище узкое, матка плотная, фиброзная, увеличена до размеров восьминедельной беременности, придатки не определяются, параметрии свободны. После семи сеансов комплексного лечения вагинизма и меналгии половая жизнь нормализовалась. Менструировать наша пациентка стала безболезненно.

В данном случае ятрогения вызвала не только болевой синдром, но и вагинизм.

Т. Д., 26 лет, пианистка. Жалобы на абсолютную невозможность половой жизни из-за резкой боли при прикосновении к половым органам Менструирует с 12 лет, каждые 25 дней, по 5—7 дней, обильно. Замужем 2 года. Мать внушила Т. Д., что во время первой брачной ночи будет очень больно. Дефлорации не произошло из-за боязни внушенной боли. Каждая попытка к коитусу была крайне болезненна. Больная не может развести ноги, расслабиться. Коитус вестибулярный с раздражением клитора. Один оргазм примерно на четыре таких сношения. Повышенная впечатлительность, раздражительность, частые

слезы, крики, головные боли, плохой сон (трудно засыпает, ночью часто просыпается, утром трудно встает). Страх темноты, боязнь оставаться одной в комнате. Перед каждым концертом 2 недели «не человек» Если во время игры кто-нибудь войдет в комнату, Т. Д. впадает в истерику. «Каждое выступление стоит года жизни».

На первых сеансах абсолютно не гипнабельна, в дальнейшем — дремотное состояние (сомноленция). На четвертом сеансе произведено расширение бужем Гегара до № 36. Близился конец лечения, но Т. Д. заболела гриппом. На пятый сеанс больная пришла через 5 недель. Сдвигов в самочувствии не отмечает. Попыток половой близости не было из-за страха. Произведено совершенно свободное расширение бужем Гегара до № 37. На дальнейшее лечение не пришла. На телефонный запрос сообщила, что половая жизнь не наладилась, продолжать лечение отказалась. Несмотря на хорошее начало лечения, зарегистрирован отрицательный результат.

В данном случае психогенным фактором вагинизма явилось материнское внушение, вызвавшее страх перед дефлорацией.

Наконец, упомянем об одной больной, лечение которой мы отнесли к безрезультатному, хотя в настоящее время женщина после второго курса лечения здорова и имеет двоих детей.

З. С., менструирует с 11 лет с сильнейшими девичьими меналгиями, как только увидит кровь. В 20 лет вышла первый раз замуж. Попытки дефлорации были безуспешны и крайне болезненны. Развились сильный страх перед коитусом и резко выраженный вагинизм. Через 2 года больная была вынуждена развестись с мужем. Еще через 1,5 года З. С. вышла замуж вторично, но явления вагинизма и страха полностью исключали все попытки к половой жизни. Вновь стоит вопрос о разводе. Больная не только не дает себя осмотреть, но не может лечь на кресло. Начата психотерапия. 6 сеансов внушения с глубиною сна, равной дремотному состоянию, сняли боли, но в отношении вагинизма никакого эффекта не достигнуто. В одной из гинекологических клиник под общим наркозом произведено иссечение гимена, но, несмотря на операцию, все осталось по-прежнему. Возобновлена психотерапия, но и после 10 сеансов не удается ввести палец во влагалище, несмотря на смазывание интроитуса обезболивающими растворами.

Еще через несколько сеансов стала возможной наружная половая жизнь, больная забеременела. Беременность сопровождалась неукротимой рвотой и упорными запорами. После первого же внушения рвота прекратилась, стул нормализовался, но появился сильнейший зуд наружных половых органов. Внушением зуд прекращен. Во время беременности коитус только наружный. Родился мальчик. Роды осложнились разрывом промежности II степени. Дежурный врач так зашил промежность, что влагалище не могло пропустить пальца. Только после повторного курса лечения у больной наладилась регулярная и полноценная половая жизнь. Через 5 лет З. С. родила второго ребенка.

Приведенные примеры иллюстрируют ценность комплексного метода лечения вагинизма и настоятельную необходимость предбрачных осмотров девушек, чтобы в случае

обнаружения неблагоприятного строения гимена гинеколог мог принять соответствующие меры.

В. И. Здравомыслов наблюдал случай вагинизма, связанный с необычным строением влагалища.

М В., 24 года, инженер, оволосение по женскому типу, астеническое телосложение. Менструирует с 14 лет, каждые 28 дней, по 3 дня, безболезненно. С 14. VI. 1963 года многократные, резко болезненные попытки коитуса. Развился сильный страх перед половой близостью, несмотря на это, М. В. уступает своему другу.

12. XII. 1966 года пришла на прием к гинекологу с просьбой наладить половую жизнь, так как она любит своего друга и боится его потерять. На кресло легла, но при малейшей попытке наружного осмотра — приступ страха и боли. Начато комплексное лечение вагинизма Проведена гимнастика бедер и брюшного пресса, сеанс внушения в поверхностном гипнотическом состоянии. Внушались прекращение страха перед лечением и половой жизнью, появление либидо и приятность коитуса. После внушения осмотрена: наружные половые органы развиты нормально. Hymen bifenestratus. Оба отверстия овальные, правое 13×9 мм, левое — 8×5 мм, перегородка — 5 мм. При ректальном исследовании и с помощью двух металлических катетеров поставлен диагноз: двойная матка и двойное влагалище (uterus didelphus cum vagina duplex).

Каждая матка почти нормальной величины, каждая шейка замыкает свое влагалище. Перегородка глухая на всем протяжении. Оба влагалища глубиною около 10 см. Начато расширение обеих девственных плев. После трех сеансов произведено бимануальное исследование. Левое влагалище несколько обширнее правого.

Появилось выраженное либидо. После 4 сеансов пропустила половой член в левое влагалище. После 7 сеансов живет полноценной, безболезненной половой жизнью по желанию в любое влагалище. Эффект лечения полный, но друг под различными предлогами все откладывает регистрацию брака.

5 IX. 1967 года левая матка соответствует 11—12-недельному сроку беременности. Срока последних регул не помнит. Мы посоветовали донашивать беременность. Ввиду отягощенного анамнеза проведено 2 сеанса гипнопрофилактики спонтанного аборта. 19. IX срок беременности соответствует 13—14 неделям. Собирается с другом отдыхать на юге.

30. X. вернулась в Москву. Все это время жила очень интенсивной половой жизнью. Левая матка легковозбудима, соответствует 21—22 неделям беременности. В дальнейшем получила 3 сеанса гипноподготовки, и 6. II. 1968 года быстро, малоболезненно родила мальчика весом 2700,0 г. Дежурный врач сделал совершенно бессмысленную перерезку влагалищной перегородки.

21. IV. 1970 года рассказала, что «муж» был с нею в ЗАГСе, они подали заявление, свадьбу решили сыграть после его возвращения из санатория, но... из санатория он вернулся женатым на другой женщине Состояние М. В. крайне нервное. Проведено 4 успокаивающих сеанса внушения.

21 XII. 1973 года. Живет одна с ребенком. Серьезно работает над кандидатской диссертацией.

И. Гиртль в своем руководстве по топографической анатомии писал: «В судебно-медицинском отношении видно,

что при врожденном двойном влагалище hymen не бывает». Мы должны опровергнуть это категорическое утверждение, так как описанное наблюдение uterus didelphus cum vagina duplex подтвердило наличие двух девственных плев овальной формы (размеры указаны в описании случая). Первое впечатление было, что имеет место hymen bifenestratus, но тщательное обследование позволило поставить правильный диагноз.

*Глава 4*

# НИМФОМАНИЯ

Среди пациенток, страдающих нимфоманией, мы различаем две группы: а) нимфомания у молодых, б) нимфомания в климаксе и менопаузе.

**Нимфомания у молодых.** Молодые женщины с повышенным либидо в большинстве случаев считают себя «темпераментными» и повышенное либидо считают своим «женским достоинством», «положительным качеством женщины». Они обращаются к врачу только в двух случаях: 1) если повышение либидо становится чрезмерным, 2) когда считают подобное состояние «безнравственным» или «греховным».

В большинстве случаев, если повышение либидо только начинает беспокоить больную, бывает достаточно назначения внутрь бромкамфары (до 2—3,0 г в сутки). Курс психотерапии проходят больные, у которых повышение либидо бывает настолько чрезмерным, что отравляет существование женщины.

В 1964 году А. Э. Мандельштам описал больную с тяжелым гиперсексуализмом, которая получила некоторое облегчение от курса лечения ультрафиолетовыми лучами, но вскоре возник рецидив, повлекший за собой чревосечение и резекцию обоих яичников. Операция ненадолго облегчила состояние больной, и она в конце концов покончила жизнь самоубийством. Возможно, внушение в гипнотическом состоянии имело бы значительно более стойкий результат.

И. Л. Ботнева в одной из своих работ сообщила о пяти случаях нимфомании различной этиологии. Трое из этих больных были молодые женщины, одна в менопаузе, у одной пациентки начинался климакс. Как показал структур-

ный анализ, в трех случаях заболевание обусловливалось поражением нейрогуморальной составляющей (в двух случаях была обнаружена опухоль гипофиза), в одном — с поражением психической составляющей и в одном — с поражением парацентральных долек. Как видно, структурный анализ даже небольшого числа наблюдений при аналогичных жалобах показал поражение различных составляющих. В настоящее время нимфомания рассматривается как синдром, имеющий место при различных эндокринных, органических неврологических и психических заболеваниях.

Приведем несколько примеров тяжелой нимфомании, где психотерапия оказала выраженный эффект.

А. К., 26 лет. Пришла в клинику с мужем, старшим инженером одного из заводов, который рассказал следующее: «Мы женаты 1,5 года. С самого начала половая жизнь была очень интенсивной, но через некоторое время я уже устал от «медового месяца». Супружеские обязанности мне приходилось исполнять каждый день, так как у жены желание становилось с каждым днем все сильнее. Все товарищи после выходного дня приходят на завод отдохнувшие, свежие, а я... Жена в субботу встречает меня у завода, приходим домой, она запирает квартиру на ключ, выключает телефон, раздевает меня, запирает костюм в шкаф и не отпускает меня до утра понедельника. В результате я начинаю неделю разбитым, слабым, с головной болью. Потом стало еще хуже: она стала приходить на работу и требовать полового акта в служебном кабинете. Чтобы не спорить, я иногда соглашался. Если же я был занят, то жена шла на автобусную остановку, брала первого попавшегося мужчину и приводила его на нашу кровать. Это ужасно! Но я ее люблю и понимаю, что это тяжелое заболевание, а не распущенность. Помогите нам сохранить семью!»

Сама А. К. полностью подтвердила слова мужа: «Я люблю мужа, сознаю аморальность моего поведения, но ничего не могу с собой сделать. Это постоянное возбуждение выше моих сил!»

При гинекологическом осмотре — норма. Психотерапия в глубоком гипнотическом состоянии дала стойкий эффект. Возбуждение прошло, наладилась нормальная половая жизнь. Семья была сохранена. Через 1,5 года у больной была удалена киста правого яичника. При гистологическом исследовании диагностирована гормонально-активная опухоль, которая, очевидно, еще не определяясь пальпаторно, уже оказывала такой мощный возбуждающий эффект. Несмотря на присутствие такой опухоли, психотерапия дала стойкий эффект.

В некоторых случаях отмечается неадекватное половое возбуждение, когда на женщину возбуждающе действуют отрицательные эмоции.

Н Д., 36 лет, лаборантка. Менструирует с 12 лет. «Девичьи меналгии» с резкой болью в анусе. До 32 лет жила совершенно спокойно, но однажды на танцах почувствовала настолько сильное половое возбуждение, что ей стало дурно, и с тех пор день и ночь постоянное возбуждение, развилась бессонница. Врачи сказали, что надо «скоропалительно выходить замуж, иначе сойдете с ума». Н. Д. вышла замуж, но возбуждение стало беспокоить еще больше. Была направлена

в психиатрическую клинику с диагнозом: шизофрения? реактивный невроз? Из клиники убежала. 12. X. 1961 года произведена операция удаления кисты яичника, после которой появились фантомные боли и запоры. Первичное бесплодие. Несмотря на постоянное половое возбуждение и интенсивную половую жизнь, оргазм получает редко (1—2 оргазма на 10 сношений). После коитуса, независимо от получения оргазма, сразу успокаивается и засыпает. 4. X. 1965 года начата психотерапия в состоянии глубокого гипнотического сна. Фантомные боли почти перестали беспокоить. Менструирует безболезненно. Наладился ежедневный стул по утрам. Сон и самочувствие хорошие. Постоянное половое возбуждение ликвидировано. Приступы сильного возбуждения бывают редко и только из-за какой-нибудь неприятности. Больная считает себя «спасенной». Зарегистрирован значительный эффект.

М. Ш., 42 года, бухгалтер. Менструирует нормально с 12 лет, замужем с 20 лет. Три года половая жизнь была нормальной. Родила сына. После смерти мужа появилось сильное половое возбуждение (особенно после какой-нибудь неприятности), больная начала мастурбировать. Время от времени заводила «друга», но через некоторое время он «убегал», так как она его «замучивала», требуя каждый час близости. Год назад пережила психическую травму — сына судили за воровство. Нимфомания стала «прямо ужасной». На работе часто щиплет себя, кусает губы, чтобы отвлечься, но снова сдвигает ноги, получает оргазм, а через 1—2 часа все повторяется снова.

Получила курс гипносуггестивной терапии — поллюций нет, прекратила мастурбировать, возбуждение хотя и значительно меньше, но еще бывает. Больная значительно спокойнее.

М. Г., 41 год, санитарка, вылеченная внушением от тяжелой нимфомании, пишет: «От всей души хочу поблагодарить Вас за исцеление от моей страшной и тяжелой болезни — полового возбуждения, которым я мучилась несколько лет. Заболевание это отравляло мне семейную жизнь и все мое существование, доводя до тяжелых истерических припадков».

**Климактерическая нимфомания.** После установления менопаузы у большинства женщин либидо угасает или уменьшается. Однако не так уж редко оно остается примерно на том же уровне, а в ряде случаев резко возрастает (климактерическая или постклимактерическая нимфомания). Повышение либидо в таком возрасте переносится крайне тяжело. Замужние женщины обычно имеют пожилых мужей со сниженной потенцией, а незамужние (старые девы, разведенные, вдовы), потеряв свою привлекательность, часто не могут рассчитывать на удовлетворение своих желаний.

М. О., 80 лет, замуж вышла 18 лет, вскоре же имела двое родов, окончившихся мертворождениями (причины не знает). С тех пор беременностей не было, взяла на воспитание девочку, имеет двух внуков. По словам больной, с мужем жила хорошо, половая жизнь была нормальна. Последние 20 лет половой жизнью не живет («муж не может и у самой давно потребности нет»).

19. IV. 1973 года приехала на прием с 80-летним мужем. Все 20 лет

чувствовала себя совершенно спокойной, а полгода тому назад появились постоянные (день и ночь) «женские желания». Возбуждается особенно сильно по утрам и при виде молодых людей. Развилась бессонница. Последние два месяца не может ходить в церковь, так как иконы «молодого бога» вызывают резкое половое возбуждение — хочется «грешить с ним». Молитвы не помогают. Начался сильнейший зуд наружных половых органов.

При осмотре: наружные половые органы в состоянии старческой атрофии, но крауроза нет. Вся вульва в глубоких расчесах. При внутреннем исследовании: матка очень маленькая, придатки не определяются, параметрии свободны. Проведен сеанс внушения в поверхностном гипнотическом сне. Внушались спокойное состояние, хороший сон, прекращение зуда, возбуждения и «дурных» мыслей.

25. VI. 1973 года. Второй сеанс с теми же внушениями.

6. VII. 1973 года. Отмечает значительное улучшение самочувствия Стала спать. Возбуждение снижено, «дурных мыслей» меньше, «на бога грешить перестала», в церковь ходит спокойно. Зуд беспокоит значительно меньше, расчесы подживают. Проведен третий сеанс внушения, после которого М. О. больше к нам не обращалась. Зарегистрирован хороший, хотя и частичный эффект.

Т. Ф., 76 лет, обратилась в консультацию «Семья и брак» Москвы с жалобами на изнуряющее половое желание в течение последних трех лет Замужем с 21 года. В анамнезе 1 роды, закончившиеся мертворождением. С мужем прожила всю жизнь достаточно благополучно, половая жизнь без особенностей.

Три года назад оказалась случайной свидетельницей полового акта приехавших в гости родственников-молодоженов. С тех пор возникло стойкое половое возбуждение, которое, по словам больной, «не дает покоя ни днем, ни ночью». На прием она пришла вместе с супругом и умоляла спасти от этой «напасти».

После трех сеансов внушения в поверхностном гипнотическом сне на фоне приема в течение двух недель монобромистой камфары половое возбуждение исчезло, сон нормализовался. В последующие годы больная дважды обращалась с рецидивами, возникающими на фоне сильных эмоциональных потрясений (смерть близких). Оба раза обострения купировались приведенными выше методами.

Конечно, такое позднее возникновение старческой нимфомании, как у пушкинской Наины в 70 лет или у М. О. в 80 лет, — явление крайне редкое. Обычно климактерическая нимфомания начинается одновременно с началом климакса или через несколько лет менопаузы, но иногда может начаться и в предклиматическом периоде. Нелеченная климактерическая нимфомания может продолжаться до глубокой старости.

Нимфомания молодых женщин, продолжаясь годами, может со временем перейти в климактерическую. Так, В. К. Андреев в своей монографии приводит пример одной американки, которая 12 раз была официально замужем: мужья либо умирали от истощения, либо вынуждены были развестись.

*Таблица 18*

**Эффективность психотерапии нимфомании**

| Формы нимфомании | Полный эффект | Значительный эффект | Небольшой эффект | Без эффекта | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| У молодых | 6 | 3 | — | 1 | 10 |
| Климактерическая | 14 | 5 | 2 | 1 | 22 |
| Всего: | 20 | 8 | 2 | 2 | 32 |

В большинстве случаев климактерическая нимфомания ведет к чрезмерной мастурбации или к перверсиям (в основном к скотоложству или трибадии). В некоторых случаях нимфомания является одним из симптомов шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и органических поражений диэнцефальной области. Во всех случаях необходимо лечение у психиатра, невропатолога или нейрохирурга.

*Глава 5*

# МАСТУРБАЦИЯ И ОНАНИЗМ У ЖЕНЩИН

**Чрезмерная мастурбация.** Если половая жизнь является единственной парной функцией человека, т. е. для ее осуществления требуется наличие двух партнеров (в нормальном варианте — лиц различного пола), то онанизм представляет собою достижение оргазма искусственными приемами самостоятельно, без полового контакта с другим лицом.

Наряду с термином «онанизм» употребляется также «рукоблудие», «мастурбация», «ипсация» и т. д. Наибольшее распространение получил термин «мастурбация», которым мы и воспользуемся.

Согласно докладу A. Wettley (1959) «Psychopathia sexualis», термин onania введен в медицину не так давно. Впервые он был употреблен в Лондоне в 1710 году в статье анонимного автора, направленной против мастурбации. В 1796 году статья была переведена на немецкий язык в Лейпциге и термин onania был признан официально.

Термин «онанизм», по существу, неправилен. Он происходит от имени библейского юноши Онана, который, согласно еврейскому закону левират-брака, должен был жить половой жизнью со вдовой своего старшего брата Тамарой. Он не хотел, чтобы она забеременела, и перед оргазмом прекращал сношение, выливая семя на землю. Таким образом, он занимался не мастурбацией, а прерванным сношением (coitus interruptus).

Онанизму, как мужчин, так и женщин, посвящено множество исследований. Если ранее многие авторы считали его крайне вредным и часто дающим непоправимые осложнения, то теперь это мнение в значительной мере опровергнуто (Л. Я. Якобзон, H. Rohleder, Г. С. Васильченко). В некоторых случаях онанизм даже считают целесообразным, так как он дает необходимую разрядку при длительном половом воздержании.

Если здоровая женщина, временно не живущая половой жизнью, изредка мастурбирует, то это обычно не нарушает ее общего состояния, и она к врачу не обращается. Такая спорадическая (викарная) мастурбация очень распространена. Так, согласно анкете, распространенной Meirowski среди учащихся высших женских курсов, 52% опрошенных в прошлом тот или иной отрезок времени занимались мастурбацией. В анкете же, проведенной G. Hamilton среди женщин с высшим образованием, это число достигает 74%.

По данным S. Schnabl (1972), до 90% мужчин и 42% женщин прибегали к онанизму. При этом мужчины начинали онанировать в юном возрасте, а у женщин начало его не зависело от возраста. По данным того же автора 25% женщин, начавших онанировать до интимных связей, продолжали это делать и позже, параллельно с нормальным коитусом, особенно если не получали удовлетворения от последнего. Женщины, склонные к мастурбации, имели большее количество половых партнеров.

М. Маргулис в своей монографии «Болезни века» цитирует профессора Бергера: «Каждый взрослый, без исключения, когда-либо занимался онанизмом».

Если женщина мастурбирует в качестве суррогата половой жизни от 1 раза в месяц до 2—3 раз в неделю, мы считаем это физиологическим явлением. Если же она онанирует по нескольку раз в день, это уже «чрезмерная мастурбация», которая требует врачебного вмешательства.

В нашей работе мы будем касаться только случаев чрезмерной мастурбации. Д. Л. Буртянский и В. В. Кришталь

считают, что часто мастурбация является причиной первичной фригидности. Ряд авторов (Л. Я. Якобзон, Ив. Петров, Т. Бостанджиев и др.) считают, что если в некоторых случаях онанизма и развивается впоследствии фригидность женщины, то по большей части в этом не так виновата сама мастурбация (особенно викарная), как весь мастурбационный психологический комплекс.

Как в очень старой медицинской литературе (Roubinovitch, Voisin), так и в более новой (В. М. Бехтерев, Л. Д. Штрейнберг, Mosse, Н. С. Нешков и др.) встречаются многочисленные указания на удачное излечение внушением мастурбации как у детей, так и у взрослых. По данным З. В. Рожановской, из 150 женщин, обратившихся к ней в «Консультации по вопросам семьи», 8 пациенток пришли с просьбой избавить их от мастурбации. С подобными просьбами часто обращаются в московскую консультацию «Семья и брак» (З. Е. Анисимова).

И. М. Аптер считает, что у женщин мастурбация труднее уступает психотерапии, чем у мужчин. Особенно упорна мастурбация замужних женщин при неполноценных в половом отношении мужьях — здесь, по его мнению, психотерапия бессильна. Мы, напротив, имели от гипносуггестивной терапии во всех возрастах хорошие результаты, не оправдывающие такого пессимизма И. М. Аптера.

Обычно чрезмерная мастурбация развивается на фоне нимфомании, поэтому часть наших случаев была проанализирована в соответствующем разделе.

Способы мастурбации крайне многообразны. Так, одна из пациенток доктора Моралья сообщила о 14 способах онанизма. В большинстве случаев женщины для онанизма используют второй палец руки, которым либо трут клитор, либо вводят его во влагалище. Л. Я. Якобзон пишет, что поэтому этот палец часто называют digitus impudians (неприличным).

Иногда палец заменяется каким-нибудь продолговатым предметом различной толщины, в зависимости от обстоятельств. Девственницы пользуются карандашами, шпильками, градусниками, которые вводят либо через отверстие в девственной плеве во влагалище, либо в уретру. Женщины же пользуются сосисками, сардельками, бананами. Одна женщина раздражала вульву пятькой.

В восточных странах применялись искусственные пенисы, проникшие в последнее время и в Западную Европу,

где в соответствующих магазинах можно купить искусственный пенис, полностью имитирующий настоящий.

Некоторые девушки и женщины достигают оргазма подергиванием за малые половые губы, которые от частого применения этой процедуры значительно удлиняются. Таких женщин при гинекологическом осмотре часто можно узнать по этому признаку.

Необходимо отметить, что довольно часто женщины во время онанизма вообще не дотрагиваются руками до половых органов, а просто ритмично сжимают ноги*. Некоторые женщины достигают оргазма при работе на ножной швейной машине, езде на велосипеде или верхом на лошади. Некоторые наши пациентки сообщили, что наиболее сильный онанистический оргазм они получают от направленного на клитор теплого душа.

Многообразны не только способы мастурбации, но и ее этиология. Г. С. Васильченко (1974) различает 7 клинических типов мастурбации у мужчин, учитывая их идентификационные критерии: 1) фрустрационную псевдомастурбацию, 2) раннюю допубертатную мастурбацию, 3) мастурбацию периода юношеской гиперсексуальности, 4) заместительную — (викарную) мастурбацию, 5) персевераторно-обсессивную мастурбацию, 6) подражательную и 7) случаи мастурбации, не поддающиеся классификации.

У женщин также можно различить ряд почти аналогичных клинических типов онанизма: 1) ранний детский, начинается в 5—8 лет, большей частью под влиянием сверстниц или девочек несколько старшего возраста; дело до оргазма обычно не доходит; 2) пубертатный онанизм развивается с появлением вторичных половых признаков: увеличения молочных желез, появления растительности на лобке — и часто совпадает с началом менструаций (иногда несколько раньше или позже); 3) онанизм созревшей, но еще не вышедшей замуж девушки 16—20 лет (школьницы старших классов, студентки); 4) заместительный онанизм — вдовы, разведенные, женщины, имеющие длительный перерыв в половой жизни и пр.; 5) онанизм климактерический.

В. М. Тарновский сообщает, что Villermay наблюдал «нимфоманию» у девочки 3—4 лет. Нам кажется, что это была не нимфомания, а онанизм. Нам пришлось наблюдать

---

* В этих случаях лучше употреблять термин «онанизм», потому что слово мастурбация (manus — рука) подразумевает раздражение половых органов рукой.

один случай такого раннего онанизма, когда о подражании и совращении еще рано было думать.

Кроме 19 случаев чрезмерной мастурбации мы наблюдали еще 5 случаев, которые были отнесены в другие группы. Всего, таким образом, мы наблюдали 24 случая чрезмерной мастурбации в возрасте от 7 до 64 лет. В 19 случаях больные полностью были излечены психотерапией, в 4 случаях имелось значительное улучшение, в 1 случае было некоторое улучшение, но явно недостаточное. Приведем ряд примеров.

Г. В., 7,5 года, приведена родственницей, которая живет с ней в одной комнате. Девочка с 2 лет ежедневно по нескольку раз в день занимается онанизмом, раздражая пальцем клитор. Женщина рассказала, что однажды она взяла девочку на ночь к себе в кровать, чтобы не дать ей мастурбировать, но среди ночи девочка стала тереть своей ручкой ее половые органы. Проведен сеанс гипнотического внушения с приказанием «не трогать рукой внизу».

Через 2 недели девочку привели снова. Мастурбирует значительно меньше. Проведен второй сеанс внушения. Родственница девочки обещала, что если что-нибудь заметит, то приведет ее снова, но больше не явилась. Эффект зарегистрирован частичный, хотя, возможно, был и полный.

Школьница, 16 лет. Стала мастурбировать с 10 лет, когда заметила резкий рост молочных желез. Молочные железы как у взрослой женщины, молозива нет. Менструирует с 13 лет с небольшим недомоганием. Половые органы развиты нормально. Девственная плева цела, но пропускает палец. Девушка по предписанию врача женской консультации принимала монобромистую камфару, но без результатов. Учится в 9-м классе «так себе». Обратилась к нам за помощью, так как из-за мастурбации «нет усидчивости». Отмечает ухудшение памяти, постоянное плохое настроение. При гипнотизации получен очень глубокий сомнамбулический сон. Сделано внушение хорошего настроения, спокойного состояния, отсутствия возбуждения и желания онанировать, улучшения памяти, желания «стать отличницей».

Девушка перестала мастурбировать после нескольких сеансов, отметила значительное улучшение памяти и настроения. Всего получила 8 сеансов с глубиной сна, равной сомнамбулизму. Давно не мастурбирует и нет желания. Память стала отличная. Отметки в школе улучшились.

С. К., 24 лет. В 12 лет увидела кроликов во время коитуса, у нее появилось сильное половое желание, больная стала мастурбировать, с каждым днем все чаще. В 18 лет вышла замуж, но вскоре разошлась с мужем из-за его измены. С 21 года во втором браке. Имела один искусственный аборт 1,5 года тому назад. Половое возбуждение настолько сильно, что «бывает потеря сознания на несколько минут» (?). Больная живет с мужем интенсивной половой жизнью и, несмотря на это, мастурбирует до 10—15 раз в сутки (трет клитор).

После семи сеансов внушения в состоянии гипотаксии С. К. стала значительно спокойнее, перестала плакать, живет нормальной половой

жизнью, мастурбировать перестала, к мастурбации не тянет. Результатом лечения очень довольна.

М. С., 38 лет, рабочая. Резкое истощение. Верхушечный туберкулезный процесс в легких, выраженный системный сердечно-сосудистый невроз. Со стороны нервной системы: дрожание рук, резкое, до судорог, повышение сухожильных рефлексов, отсутствие глоточного и корнеального рефлексов, резкий красный дермографизм. Менструирует с 13 лет, через 1 месяц, по 3 дня без болей, имела 4 аборта.

Девочкой 8 лет, под влиянием подруги, стала заниматься онанизмом, дойдя очень скоро до 4—5 раз в день. Не помнит ни одного дня без мастурбации. Особенно сильное влечение к онанизму отмечает во время регул. В 29 лет вышла замуж. Думала, что с началом половой жизни перестанет мастурбировать, но надежды не оправдались, и, живя с мужем нормальной половой жизнью, сразу жо после коитуса, даже доставившего ей полное удовлетворение, каждый раз тут же, при муже, достигала нескольких оргазмов при помощи мастурбации. Не может отказаться от этой привычки. Чувствует, как «расшатывается нервная система» и «усиливается худоба». К врачам не обращалась из-за стыда. За последнее время состояние здоровья резко ухудшилось, и больная решила во что бы то ни стало вылечиться. Получила 8 сеансов внушения в гипнотическом состоянии. Перестала мастурбировать после второго сеанса. Сон спокойный. К мастурбации не тянет. Дрожание рук прекратилось.

Через несколько месяцев после психотерапии считает себя здоровой, к онанизму чувствует отвращение.

К. А., 65 лет, пианистка. Климактерическая, нимфоманическая мастурбация. Менструировала с 11 до 50 лет. Была замужем три раза, похоронила всех трех мужей.

Во время болезни последнего супруга развился тяжелейший климактерический синдром с многочисленными жалобами. С гинекологической стороны: сильнейший зуд наружных половых органов (без явлений крауроза), резко повышенное либидо, вызывающее усиленную мастурбацию. После получения оргазма состояние ухудшается еще больше. Считает свое поведение аморальным, тяжело переживает его, в связи с чем появились частые суицидальные мысли. Дважды проходила курс лечения в стационаре. Несмотря на назначение наркотиков, просыпается до 10—15 раз в ночь. Бросила работу по специальности, перестала читать.

Курс гипносуггестивной терапии значительно облегчил многочисленные климактерические жалобы, снял зуд и уменьшил либидо, женщина прекратила мастурбировать.

Необходимо отметить, что, в отличие от мужского онанизма, у женщин иногда толчком к мастурбации является зуд наружных половых органов, вызванный одной из трех причин: 1) острицы, заползающие из заднего прохода в вульву, 2) диабет — моча, содержащая сахар, вызывает зуд вульвы (часто зуд половых органов является первым симптомом диабета); 3) трихомониаз. Поэтому каждая женщина с зудом вульвы должна быть обследована в этих трех направлениях.

Нельзя не высказать мнение по поводу приведенного

Г. С. Васильченко экскквизитного случая, когда больной излечился от ночного энуреза, начав, по рекомендации одного врача, мастурбировать.

В данном случае излечение, бесспорно, было следствием внушения у легковнушаемого больного: давший совет врач пользовался у него высоким авторитетом. По нашему опыту и по литературным данным, как ночной, так и дневной энурез излечивался суггестивными методами. Мы бы не советовали врачам давать своим больным рекомендации мастурбировать. Кроме того, мы у злостных мастурбанток часто наблюдали, наоборот, слабость мочевого пузыря.

**Чрезмерные поллюции.** Среди врачей существует мнение, что поллюции — скопление спермы при полном или временном отсутствии нормальной половой жизни — бывают только у мужчин. У женщин, согласно этому мнению, поллюций не бывает. Первые сообщения о женских поллюциях относятся еще к прошлому столетию (Guibaut, 1847; Rosenthal, 1875; R. Krafft-Ebing, 1888, 1894; П. И. Ковалевский, 1895).

Krafft Ebing (1888) писал, что процессы, сходные с поллюциями, у женщин происходят под влиянием эротических сновидений. В случае оргазма происходят перистальтические сокращения мышечных волокон труб матки с выделением слизи. Если E. Kish считал, что у женщин при поллюционном оргазме происходит своеобразная эякуляция из бартолиновых желез (сжимание их m. constrictor cunni) и отчасти из желез шейки матки, то другие авторы (Л. Я. Якобзон, H. Rohleder) утверждают, что бартолиновы железы не могут давать эякуляции; из них может лишь сочиться некоторое количество слизи. По H. Ellis оргазм во сне даже страстные женщины получают редко.

H. Rohleder и Л. Я. Якобзон считали поллюции с оргазмом уделом в основном молодых вдов, жен импотентных мужей (ejuculatio praecox) и отрицали их у «настоящих девственниц», никогда не переживавших оргазма, а если девушка видит эротические сновидения с оргазмом, считали они, то она либо «полудева», либо мастурбантка. Работы A. Heyn и K. Imelinski это мнение полностью опровергают. A. Heyn, опубликовавший в 1924 году данные опроса 452 женщин и девушек, выявил, что более половины опрошенных имели эротические сновидения с оргазмом. По его данным, эти явления часто наблюдались и у девственниц. В некоторых случаях он считал необходимым применить «успокоительную психотерапию» K. Imelinski в 1960 году

опубликовал результаты анкеты, проведенной среди студенток и учениц последнего класса средней школы. По его данным, 33,2% всех обследованных, т. е. каждая третья, имели ночные поллюции с эротическими сновидениями.

Мы считаем ситуационные спорадические женские поллюции довольно частым и вполне нормальным явлением. Такого же мнения придерживаются Ив. Петров и Г. Бостанджиев (1962).

P. Fürbringer считал, что частота женских поллюций лежит посредине между прежними взглядами об их редкости у здоровых женщин и мнением Heyn о нормальности и физиологичности этого явления. A. Heyn никогда не наблюдал поллюций в менопаузе, в то время как Л. Я. Якобзон наблюдал их у одной 63-летней женщины, а P. Fürbringer — у 56-летней. Одна наша пациентка, страдающая климактерической нимфоманией, имела поллюции в 53 года.

Из последних исследований, посвященных эротическим сновидениям у женщин, особенного внимания заслуживают наблюдения З. В. Рожановской (1972), обследовавшей в этом направлении 400 женщин в возрасте от 20 до 50 лет, живущих относительно регулярной половой жизнью не менее 1 года. Несмотря на половую жизнь, у 202 из 400 (50,5%) пациенток были такие сновидения, причем у 88 (43,5%) из них (или у 22% всех опрошенных) эти сновидения оканчивались оргазмом, а у 14 из 78 женщин и девушек, никогда не получавших оргазм при половой жизни, эти ночные поллюции были единственным источником переживания оргазма.

Такая женщина, придя на прием к врачу, почти никогда об этом не сообщает, и только направленный анамнез помогает выявить частоту этого явления. Чрезмерная же частота поллюций, впервые описанная В. И. Здравомысловым в 1930 году, является уже заболеванием, сказывающимся как на нервном, так и на соматическом состоянии женщины.

Т., 27 лет, обратилась к нам с жалобами на нервное состояние и упорную бессонницу, вызванные частыми поллюциями. Больная замужем, живет нормальной половой жизнью, но испытывает оргазм очень редко. Поллюции бывают каждую ночь по 5—6 раз. Начата гипносуггестивная терапия. На первом же сеансе — глубокий гипнотический сон. Внушение нормальной половой жизни, спокойного сна без всяких сновидений, прекращение поллюций.

Придя через неделю на второй сеанс, больная сообщила, что за это время поллюция была всего один раз. Чувствует себя бодрее, сон стал лучше. Еще через неделю во время третьего сеанса отметила хорошее самочувствие. За неделю поллюций не было ни разу.

Мы наблюдали 13 случаев чрезмерных поллюций, которые отрицательно сказывались на общем состоянии больных, вызывая упорную бессонницу, нервное состояние, раздражительность, плаксивость, головные боли, ухудшение памяти, запоры, потерю аппетита и почти всегда резкое похудание. В девяти случаях достигнуто практическое выздоровление, в трех — значительное улучшение, в одном случае лечение не оказало никакого эффекта. Спорадические или систематические, но нечастые (физиологические) поллюции встречаются, по нашим наблюдениям, гораздо чаще.

Мы учитывали только случаи чрезмерных поллюций, отражающихся на здоровье больных. Приведем ряд примеров.

В. М., 28 лет, служащая. Вышла замуж 19 лет, жила довольно интенсивной и полноценной половой жизнью. Имела две беременности: первая закончилась нормальными родами, вторая — искусственным абортом. 4 года тому назад развелась с мужем. Живет с девятилетним сыном. Случайных связей нет: стесняется подрастающего сына. Через несколько месяцев после развода резко повысилось либидо и начались ночные поллюции, которые с каждым месяцем становились все чаще. Развилась упорная бессонница, поллюции почти каждую ночь по нескольку раз. Появились боли в молочных железах, в глубине эпигастральной области (солнечное сплетение) и в спине. При гинекологическом исследовании — норма. Больная похудела, развилась общая слабость, появились подергивания глаз и рук, ослабела память, снизилась работоспособность. Сухожильные рефлексы повышены до клонусов. Полное отсутствие глоточного и конъюнктивального рефлексов. Стойкий и резкий красный дермографизм. Бромкамфара эффекта не дала. Начата гипносуггестивная терапия в довольно глубоком внушенном сне. Поллюции прекратились после нескольких сеансов, нормализовался сон. С каждым сеансом чувствует себя все лучше. Полностью восстановилась работоспособность. Боли в спине, эпигастральной области и молочных железах полностью ликвидированы. Результат стойкий.

В данном случае поллюции развились у женщины с нормальным либидо в связи с прекращением половой жизни. В некоторых случаях поллюции бывают при совершенно индифферентном коитусе и как бы компенсируют его. С началом полноценного коитуса они ликвидируются.

Обычно поллюции у женщин, так же как и у мужчин, происходят во сне и сопровождаются сладострастными сновидениями. Женщины обычно видят во сне коитус со знакомыми и незнакомыми мужчинами, часто с близкими родственниками (брат, отец, сын), также с животными. Собирая направленный анамнез, мы выявили, что из животных, которых женщины видят во сне во время поллюций, наиболее часто фигурирует медведь.

В этом отношении представляет интерес следующее наблюдение.

Х. Х., 42 лет, менструирует с 13 лет. Первый раз вышла замуж 16 лет за молодого инженера 23 лет. Жила интенсивной половой жизнью, но была к ней совершенно индифферентна Первый оргазм Х. Х. испытала при половом сношении во время беременности, в 19 лет. Родила девочку. В дальнейшем в течение 15 лет не было ни одного оргазма при коитусе, хотя имела 6 беременностей, закончившихся абортами. Всю жизнь искала человека, который мог бы ее удовлетворить, имела для этого четыре побочные связи, но без эффекта. В 34 года овдовела, но вскоре снова вышла замуж. У мужа потенция слабая, коитус хотя и стал приятным, но «не успевает» иметь оргазм (ejaculatio praecox). Сообщила, что с оргазмом знакома с самого начала половой жизни (с 16 лет), но только во сне. Регулярно один раз в месяц накануне менструации она видела во сне коитус с крупным зверем (главным образом с медведем, иногда со слоном). В начале она всегда «спасается, убегает», но он ее догоняет, и она «отдается с упоением». По сну всегда безошибочно узнает, что на следующий день начнутся менструации.

На курорте, помимо грязелечения, получила 5 сеансов гипноза. Назначена гимнастика мышц промежности, для мужа выписан рецепт на 10% анестезиновую мазь.

Позже сообщила, что и ей и мужу все очень хорошо помогло, она, наконец, стала иметь оргазм и наяву.

*Глава 6*

# ПРОЧИЕ РАССТРОЙСТВА

Мы рассмотрели наиболее частые сексуальные нарушения у женщин, но иногда встречаются индивидуальные расстройства, свойственные только данной женщине, которые не укладываются ни в какую классификацию. Этих женщин мы выделили в особую группу «прочих (редких)» сексуальных нарушений.

В группу «прочие расстройства» были включены женщины с довольно редкими сексуальными нарушениями.

1) *Комбинированный сексуальный неврозоподобный синдром, вызванный новокаиновой блокадой.*

Р. В 36 лет, проводница. Начала менструировать с 22 лет после гормонального лечения, в том же году вышла замуж. Вскоре забеременела и родила. После родов менструировала редко — один раз в несколько месяцев, только после назначения гормональных препаратов. В анамнезе 3 аборта (2 медицинских и 1 самопроизвольный). К половой жизни с самого начала совершенно индифферентна. Заболела тяжелым тазовым неврозом после новокаиновой блокады. Невроз сопровождался постоянной болью в клиторе, зудом вульвы, отвращением

к коитусу, болью при нем. Однажды, когда муж стал настаивать на половой близости, с Р. В. случился истерический припадок с непроизвольной дефекацией и мочеиспусканием. Коитус был прерван. Развился страх перед повторением подобной катастрофы. И действительно, в начале каждого полового акта появлялись резкие позывы на стул (иногда с дефекацией) и подтекание мочи. Урологи и невропатологи «ничего не находили». При гинекологическом исследовании — норма. Весь этот комплекс расстройств вызывает у больной приступы крайне нервного состояния, злости, что еще более усиливает отвращение к коитусу. Появились суицидальные мысли. Начата гипносуггестивная терапия. Сон неглубокий. После 9 сеансов внушения больная стала спокойной, зуд вульвы и боль в клиторе уменьшились. Позывы на дефекацию при коитусе прекратились, но болезненность при нем и подтекание мочи хотя и в значительно меньшей степени, еще оставались. После 10 сеансов на лечение больше не являлась.

В старой литературе мы встретили сообщение W. A. Hammond об одной больной, которая каждый половой акт заканчивала спастическим отделением экскрементов.

2) *Комбинированный сексуальный невроз.*

М. Г., 41 год, санитарка. Менструирует с 13 лет безболезненно. С 22 лет без видимой причины менструации стали сопровождаться сильнейшими болями. В 18 лет имела один коитус. До 27 лет, до замужества, половой жизнью больше не жила.

. В замужестве до 38 лет была здорова. Постоянно испытывала оргазм. Две беременности закончились нормальными родами и две — искусственными абортами. Последний аборт осложнился повторным выскабливанием полости матки, после которого начался сильный зуд клитора, а затем и нестерпимая боль в нем. Со временем боль появилась в области лобка и внутренней поверхности бедер (больная с трудом ходит). К боли присоединилось постоянное сильнейшее половое возбуждение. Каждый половой акт М. Г. многократно (до 10 раз) испытывала оргазм, но он не приносил ей получаемого ранее удовлетворения. Кроме того, каждый коитус сопровождался истерическими припадками и обильным непроизвольным мочеиспусканием («вся мокрая»). Последнее обстоятельство еще более усугубляло депрессивное состояние больной, доводя ее до мысли о самоубийстве. Курс гипносуггестивной терапии почти полностью снял тяжелый симптомокомплекс и вернул больной трудоспособность.

3) *Отек Квинке.* Так называют острый ограниченный отек тканей, поражающий главным образом лицо (губы, веки, щеки), а также конечности и наружные половые органы. Отек Квинке чаще всего является аллергической реакцией организма на какой-либо раздражитель (аллерген) или психическую травму. Ряд авторов (И. Савцилло, И. С. Матусис, И. М. Райтман, Erna Ball и др.) указывают, что у женщин появление отека Квинке часто совпадает с менструациями. Случаев же, связанных с половым актом, мы в доступной литературе не встречали. Во всех наблю-

даемых нами случаях имела место не аллергия, а психогения.

Н. В., 38 лет, техник. Менструирует с 13 лет, без отклонений от нормы. Замужем с 22 лет. В анамнезе одни роды и 2 аборта. Половая жизнь до прошлого года интенсивная, каждый половой акт Н. В. испытывала несколько оргазмов.

Около года тому назад Н. В. поссорилась с мужем и вечером, когда он намеревался приступить к половому акту, категорически ему в этом отказала. Муж применил силу. Вдруг Н. В. почувствовала резкую боль в правой половой губе и закричала. На глазах больной правая малая губа начала быстро увеличиваться в объеме и через небольшой промежуток времени достигла величины половины кулака. Резкая боль держалась 3—4 часа, потом отек стал постепенно уменьшаться. Через день отек спал, но развился страх перед его повторением. И действительно, с тех пор начало каждого коитуса сопровождалось резкой болью в половой губе. Начинался отек. Развилась полная вторичная фригидность. В течение года Н. В. лечится, ее консультировали различные специалисты, но безрезультатно.

Начата гипносуггестивная терапия. Глубина сна — глубокая сомноленция. После третьего сеанса отек стал меньше, после четвертого появилось либидо, коитус стал безболезненным, отека больше не было. Больная вновь испытывает оргазм.

4) *Отек Квинке в климаксе.*

Р. К., 51 год. В течение пяти лет страдает тяжелым климактерическим синдромом, сопровождающимся многочисленными жалобами, среди которых сильное жжение вульвы и отек Квинке обеих малых половых губ, который резко увеличивается при каждом половом акте. После коитуса отек медленно спадает до следующего раза, но полностью не проходит. Курс гипносуггестивной терапии уменьшил климактерические жалобы. Жжение и отек вульвы полностью ликвидированы.

5) *Комбинированный неврозоподобный синдром (отек Квинке, клиторалгия и судороги икр).*

Т. А., 28 лет, инженер. Менструирует с 11 лет. С 17 до 25 лет онанировала. В 25 лет вышла замуж. Страдает выраженной мастопатией и сложным сексуальным неврозоподобным синдромом. Жалобы на постоянную боль в клиторе, которая усиливается при половом акте и часто не дает возможности иметь оргазм. Почти каждый коитус сопровождается отеком области таза и верхней трети бедер. Перед самым оргазмом начинаются судороги икр обеих ног.

Курс гипносуггестивной терапии снял эти нарушения.

Ю. Ц., 28 лет, пикнического телосложения, оволосение по женскому типу, учительница. Менструирует с 13 лет, нормально. Замужем с 22 лет. После родов появилось либидо, начала получать оргазм. С каждым годом переживает оргазм все более бурно, последние 3 года перед самым оргазмом и во время оргазма очень громко вскрикивает, чем будит ребенка. Удержаться от крика не может. Получила два сеанса внушения в глубоком гипнотическом сне и избавилась от неприятной привычки.

*Глава 7*

# ПЕРВЕРСИИ И ПЕРВЕРСИТЕТЫ

Под сексуальными перверсиями понимают извращение полового влечения (либидо) и способов его удовлетворения. Различают истинные перверсии, конституционально обусловленные особенностями церебральной и нейрогуморальной регуляции, и факультативные перверсии, являющиеся психогенно-функционально нажитыми (ситуационными). Под перверситетом понимают неправильное сексуальное поведение.

**Гетеросексуальный орально-генитальный контакт.** В. М. Бехтерев в своей работе о перверсиях выделял особую «лизательную» форму в трех ее разновидностях.

1. Минет — оральный контакт женщины с мужскими гениталиями. Женщины довольно часто прибегают к минету (minette, irrumatio, fellatio, felatorism, penislictio, penislingus, coitus per os) во время предварительных ласк с целью усилить или вызвать эрекцию у мужей, имеющих недостаточную потенцию. К минету же часто прибегают и в заключительной фазе нормального коитуса с целью предохранения от беременности.

Специально минетом как перверсией женщины обычно занимаются по просьбе извращенных и пресыщенных в половом отношении мужчин, которых нормальный коитус уже не удовлетворяет. Женщины прибегают к минету, чтобы доставить удовольствие мужчине, несмотря на то, что сами от этого удовольствие получают значительно реже, а иногда испытывают неприятное или брезгливое чувство.

Женщины с выраженным оргазмом более других склонны к орально-генитальным контактам (S. Schnabl).

Согласно литературным данным, в США 52% женщин пользуются минетом, а во Франции этот процент еще выше. На вопрос, как часто наши пациентки пользуются минетом, при личном опросе утвердительно ответили только 67 из 300 женщин (22,3%). Нам кажется, что при анонимной анкете этот процент был бы значительно выше. Реакция этих 67 женщин была следующая.

У 23 (34,3%) женщин, выполнявших оральный контакт по просьбе, а иногда и по требованию мужей, он вызывал отрицательные эмоции; 16 женщин (23,9%) делали это равнодушно либо с целью возбуждения мужа, либо с

целью предохранения от беременности. 28 женщин (41,8%) прибегали к минету охотно, большей частью по собственной инициативе, так как получали выраженные положительные эмоции. Резкое возбуждение, часто сопровождающееся оральным оргазмом, испытывали 10 женщин. Были отмечены случаи и настоящих перверсий у женщин с резко выраженными эрогенными зонами в области рта (губы, язык), когда они получали настолько ярко выраженный оральный оргазм, что предпочитали его нормальному. Так, мы наблюдали молодую замужнюю женщину, которая полноценному нормальному коитусу предпочитала минет, во время которого многократно получала ярко выраженный оральный оргазм.

2. Cunnilingus — оральный контакт мужчины с женскими гениталиями (клитором и малыми губами). Как известно, оргазм женщины несколько запаздывает по сравнению с оргазмом мужчины, особенно если последний начинает половой акт при отсутствии у женщины эмоционально-эрогенной готовности к коитусу. Так как клитор является наиболее мощной эрогенной зоной женщины, то заботливые мужья, чтобы дать возможность жене тоже получить оргазм, заранее раздражают клитор рукой, либо ртом (поцелуи, лизание, сосание).

Этим способом достигается оргазм и после коитуса, если женщина по той или иной причине (например, при преждевременном семяизвержении у мужа) не успела получить удовлетворения.

По A. Kinsey, в США 54% опрошенных мужчин прибегали во время предварительных ласк к cunnilingus. Из наших 220 пациенток 94 женщины (42,7%) отметили эту ласку: 14 женщин (14,9%) относились к этой ласке отрицательно; 11 (11,7%) — равнодушно и 69 (73,4%) — положительно. Некоторые из них испытывали резкое возбуждение, которое помогало получать оргазм во время коитуса или во время его эпилога (ласки после полового акта), если они не успевали получить его вовремя.

Использование cunnilingus в периоде предварительных и заключительных ласк, а также в случае снижения эрекции у мужа нужно признать физиологичным при том условии, что эта ласка входит в диапазон приемлемости ласк (Н. В. Иванов) как мужчины, так и женщины. Перверсией же cunnilingus считается лишь в том случае, если женщина, живя с полноценным мужчиной, предпочитает cunnilingus нормальному коитусу, а также если он производится

не мужчиной, а женщиной (сапфизм) или животным (зоофилия).

3. L'amour croisé (перекрестная, или французская, любовь) — двухсторонний орально-генитальный контакт. Этот перверситет, кроме того, носит название «69» (шестьдесят девять).

По A. Kinsey, очень большой процент как взрослых американцев в супружеской жизни, так и молодежи во время петтинга широко пользуются всеми тремя видами гетеросексуального орально-генитального контакта.

L'amour croisé также очень распространена среди гомосексуалистов, как мужчин, так и женщин.

**Лесбийская любовь.** Женский гомосексуализм известен с глубокой древности. Особенно широко он был распространен на Востоке и юге Азии (Ассирия, Вавилон, Древняя Индия), а также в Африке (Египет). Оттуда он распространился в Древнюю Грецию и Рим, а затем уже в Западную Европу и Америку.

Отношение общества к женскому гомосексуализму в разных странах Европы было различным. Если в Австрии женский гомосексуализм считался тяжелым уголовным преступлением, то во Франции в 1881 году дамы официально получили право на посещение специальных домов терпимости для трибадии. И сейчас в Западной Европе и Америке женский гомосексуализм распространен широко. Так, по данным K. Davis, в Англии 6% женщин полностью гомосексуальны, а 27% женщин хотя бы один раз в жизни имели такой контакт.

Женский гомосексуализм известен под названием «сапфизм», по имени древнегреческой поэтессы Сапфо (VII—VI века до н. э.), или «лесбийская любовь» (amor lesbicus), по названию острова Лесбос, где жила эта поэтесса, воспевшая нежные чувства между женщинами. Убедительных данных, свидетельствующих о том, что Сапфо страдала женским гомосексуализмом, не имеется. Возможно, сохранившиеся предания об этом относятся к области легенд (G. Welker).

Женские нежности могут иметь целую гамму оттенков от безобидных ласк и поцелуев до взаимного онанизма, который осуществляется через трение (трибадия) половыми органами или взаимную мастурбацию. Еще чаще прибегают к одностороннему или обоюдному cunnilingus.

В восточных и южных странах широкое распространение получил искусственный пенис (membrum artifitialis),

который одна из партнерш, исполняющая роль «мужа», привязывает к тазу. Обычно одна из партнерш играет роль «мужа» или «любовника» (активная лесбиянка), другая (пассивная) — «жены» или «любовницы».

По данным В. М. Тарновского, лесбиянки вернее и дольше любят друг друга, чем мужчины-гомосексуалисты. Обе стороны обычно крайне ревнивы, на почве ревности могут развиваться тяжелые трагедии, вплоть до убийств (Н. П. Бруханский).

П. И. Ковалевский подчеркивает, что лесбиянка легче простит своей партнерше измену с другой женщиной, нежели с мужчиной. В. М. Тарновский сообщил о случае «бешеной ревности», чуть не стоившей жизни мужчине, соблазнившему «любовницу».

В тех случаях, когда такие взаимоотношения вызваны внешними обстоятельствами, лишающими женщин на длительное время возможности вести нормальную половую жизнь, лесбийскую любовь можно приравнять к викарному коитусу. Но часто эти наклонности встречаются у семейных женщин, живущих одновременно со своими мужьями.

В. М. Тарновский приводит случай трибадии одной замужней женщины с девушкой. Незадолго до этого женщина имела коитус с мужем, и его сперматозоиды попали к девушке, которая забеременела.

У лесбиянок очень часто развивается половая холодность по отношению к мужчинам (T. Bilikiewicz, L. Lesszozyncki). Еще Mantegazza указывал на то, что многие браки были несчастливыми вследствие гомосексуальности жен. По мнению В. М. Тарновского, трибадия жены может служить поводом к расторжению брака, хотя часто трибадия является следствием неудовлетворенности жены мужем. Если женщина в такой двойной половой жизни получает удовлетворение от обоих партнеров, она, конечно, бисексуальна — частично инвертирована. Если же мужчины ей неприятны и она получает оргазм только в гомосексуальной любви — она полностью инвертирована.

Пассивная лесбиянка, «жена», считается нормоинвертированной. Она полностью сохраняет свою внешность, женственность, одежду и поведение в быту, любит заниматься рукоделием и домашним хозяйством. В детстве она ничем не отличалась от других девочек, играла в куклы и т. д. Инверсия у нее приобретенная. Активная лесбиянка, «муж», считается патоинвертированной и обычно отличается мужеподобным телосложением, грубым голосом, лю-

бит носить мужскую одежду, выполнять мужскую работу, часто утрируя свое «мужское» поведение. Обычно наклонность к патоинверсии является врожденной.

В большинстве таких случаев необходимо признать андрогенную гормональную направленность женщины, ведущую к развитию гомосексуальных влечений.

Это подтверждается и наблюдениями Theodor Flatau и Max Dessoir, которые измерили гортань 23 активных лесбиянок и у большинства из них обнаружили мужскую гортань. A. Moll отмечает, что некоторые «мужья» имели настолько большой клитор, что могли вводить его в интроитус своей партнерши.

В. М. Тарновский пишет, что пассивные трибадки имеют необъяснимую способность узнавать активных по первому взгляду.

Из советских сексопатологов женским гомосексуализмом больше всех занимался А. М. Свядощ. Е. М. Деревинская посвятила этой проблеме свою кандидатскую диссертацию. А. М. Свядощу и Е. М. Деревинской удалось обследовать 96 лесбиянок (57 активных и 39 пассивных). В основу своей классификации эти исследователи положили критерий половой аутоидентификации — ощущения лесбиянкой принадлежности к тому или иному полу. Так, «жен» они назвали нормоидентифицированными, а «мужей» — патоидентифицированными.

Еще В. М. Тарновский расценивал активный женский гомосексуализм как неизлечимое мозговое органическое страдание. С тех пор безуспешно предпринимались многочисленные попытки лечения активных лесбиянок, но до сих пор терапию надо считать безуспешной. Мы не будем описывать все эти попытки, они подробно перечислены в диссертации Е. М. Деревинской, скажем лишь, что, по свидетельству А. М. Свядоща, ни различные фармакологические, ни гормональные, ни психотерапевтические методы лечения активных лесбиянок пока большого успеха не дали.

Все же сексопатологам необходимо знать, что в некоторых случаях активный сапфизм может самопроизвольно смениться пылкой гетеросексуальной любовью.

В литературе нам встретился лишь один, недостоверный, на наш взгляд, случай успешного лечения активного женского гомосексуализма гипнотерапией (А. П. Штесс, 1925).

Нам в своей практике неоднократно приходилось встречаться — с лесбиянками-«мужьями» и реже — с лесбиянка-

ми-«женами», но и те, и другие категорически отказывались от суггестивного или гормонального воздействия с целью нормализации своих сексуальных наклонностей. Лишь в одном случае тяжелейшая семейная и служебная обстановка, сложившаяся у одного такого «любовника» в связи с чрезмерной ревностью одной из «жен», вынудили женщину и ее настоящего мужа, отца ее взрослой дочери, обратиться за помощью. По всей вероятности, это вынужденное обращение было не вполне искренним, и больная после некоторых положительных сдвигов прервала лечение.

Е. Н., 42 года, машинист насосной станции. Обратилась с жалобами на неудержимое влечение к женщинам, которое развилось с раннего детства (как себя помнит), и полную индифферентность к мужчинам. Менструирует с 14 лет, через 29 дней, по 4 дня, умеренно.

Сознавая противоестественность своего влечения, больная, чтобы избежать дальнейшего его усиления, в 21 год решила выйти замуж, надеясь нормальной половой жизнью переключить свою половую настроенность. Надежды не оправдались. Половая жизнь с мужем крайне неприятна. Несмотря на это, Е. Н. легко беременеет. Первая беременность 17 лет тому назад завершилась родами. Последующие три беременности закончились искусственными абортами. В дальнейшем предохранялась.

Все время, наряду с крайне неприятной половой жизнью с мужем, больная «дружила» с женщинами. «Дружба», как правило, переходила в «любовь». Е. Н. чувствовала себя «мужчиной» и получала полное удовлетворение от ласк «любовницы» и от введения ей во влагалище своего пальца. Желая избавиться от влечения к женщинам, которые отвлекали ее от мужа и ребенка, Е. Н. госпитализируется в психоневрологическую клинику Иркутска, где было проведено лечение внушением в гипнозе и в бодрствующем состоянии, инъекциями инсулина, гальванизацией, но без эффекта. Влечение к женщинам усиливается. Коитус с мужем крайне редко, каждый раз со скандалом. Пришлось все рассказать мужу.

Сейчас в течение двух лет имеет связь с женщиной (до 10 «актов» в месяц), которую «безумно любит», хотя встречается и с предыдущей «любовницей». Последняя, узнав о новой «любви» Е. Н., ревнует ее, ходит под окнами и грозит разбить стекла. Все в поселке, в том числе и 17-летняя дочь больной, об этом знают, так как бывшая «любовница» всем рассказывает, что Е. Н. ее бросила и «живет» теперь с другой. На приеме больная плачет: «Не хочу жить — стыдно! Но не могу быть без нее».

Крайне нервное состояние, сон очень плохой, полное отсутствие аппетита. Психотерапия начата в бодрствующем состоянии, так как даже намека на гипнотическое состояние получить не удалось. Внушались появление нормального либидо, нормальной половой жизни с мужем и индифферентность к женщинам. Рекомендовались различные методы отвлечения.

После пятого сеанса внушения лесбийские желания еще держатся (вспоминает женщин каждый день, каждое утро), но не встречается с ними, так как обещала мужу порвать с этим. Старается отвлечься, ходит с дочерью и мужем в кино.

После восьмого сеанса встретилась «со своими» женщинами, но

«ничего не было — только поговорили», однако муж узнал о встречах, взял свои вещи, уехал и подал на развод. Врач разъяснил ему, что развод — не выход из положения, ведь тогда его жена, с которой он прожил более 20 лет, останется одна и все начнется снова.

После десятого сеанса внушения больная больше к нам не обращалась, дальнейшая ее судьба осталась неизвестной.

В данном случае Е. Н. была врожденно инвертирована, вышла замуж без любви, думая, что семейная жизнь поможет ей избавиться от патологического влечения, но, несмотря на замужество, роды и неоднократные попытки лечения, характер полового влечения не изменился.

Если в описанном случае активная лесбиянка с детства была патоидентифицирована, имела соответствующую внешность и поведение, то этого нельзя сказать об учительнице музыки Э.

Развивалась Э. нормально, менструировать начала с 12 лет. В детстве и юности ничем не отличалась от своих сверстниц. Она росла вместе с младшей сестрой. Отца у девочек не было, их воспитанием занимался отчим, с которым отношения были натянутые, поэтому Э. мечтала поскорее выйти замуж, чтобы покинуть родительский дом.

В 16 лет Э. сошлась с женатым человеком старше себя более чем на 20 лет, живущим в другом городе, и вскоре забеременела. От первой жены у друга вследствие ее стерильности детей не было, а он мечтал о потомстве, поэтому, узнав о беременности, он развелся с женой и переехал в Москву к Э. Хотя Э. в это время было только 16 лет, из-за беременности брак разрешили, но ввиду отсутствия жилплощади пришлось сделать аборт. Вторая беременность в 17 лет закончилась абортом.

Наконец, была получена двухкомнатная квартира, и Э. взяла младшую сестру от родителей к себе. В 23 года Э. снова забеременела, на этот раз ребенка решено было оставить. К этому времени Э. стала учительницей музыки. С момента замужества и до половины последней беременности Э. была абсолютно индифферентна к половой жизни, а со второй половины беременности половая жизнь крайне тягостна. Беременность закончилась кесаревым сечением. Родилась здоровая девочка Во время декретного отпуска и после операции под предлогом необходимости полового воздержания муж был временно переведен в соседнюю комнату, а сестра спала вместе с Э. Спали обнявшись, Э. ласкала и целовала сестру. Ласки с каждой ночью становились энергичнее, наконец Э. произвела над сестрой cunnilingus, который доставил ей бурное удовлетворение. С тех пор она повторяла это неоднократно. Сестра ей уступала, хотя сама большого удовольствия не получала.

После того как муж занял свое место в супружеской спальне, связь с сестрой стала реже, а близость с мужем была в тягость. Вскоре Э начала склонять к cunnilingus своих учениц, иногда живя параллельно с несколькими. Хотя Э. откровенно рассказывала о своих переживаниях, лечиться от гомосексуализма категорически отказалась.

Данный случай наглядно показывает, что активные лесбиянки не всегда бывают врожденно патоидентифицированными.

Для профилактики как активного женского гомосексуализма, так и пассивного мужского необходимо с детского возраста воспитывать детей в духе соответствующего пола.

Мы разделяем с А. М. Свядощем надежду, что в недалеком будущем наука позволит диагностировать и устранять гормональные нарушения у плода во внутриутробном периоде и тогда откроются новые широкие возможности профилактики врожденных форм гомосексуализма.

**Визионизм, вуайеризм, скопофилия.** Под такими терминами понимается ряд перверсий и перверситетов, связанных с неодолимым стремлением к обозрению половых органов лиц противоположного пола, к наблюдению полового акта посторонних лиц или животных, к подсматриванию за дефекацией или мочеиспусканием.

С. С. Корсаков сообщил о своей пациентке, муж которой был визионистом. Однажды со слезами на глазах, на коленях он умолял свою жену отдаться одному знакомому, но так, чтобы он из соседней комнаты, через особое отверстие, мог видеть все подробности полового акта. Женщина, видя отчаяние мужа, вынуждена была согласиться, а муж, наблюдая половой акт, испытывал, по его словам, величайшее удовлетворение.

В разделе об эрогенных зонах отмечалось, что при обследовании 400 женщин их эрогенный показатель зрения не так велик — +0,37. Лишь у 64 женщин (16%) лицезрение обнаженных половых органов мужа вызывало возбуждение и только у 4% — сильное.

Некоторые пациентки, совершая половые акты перед зеркалом, получали значительно более сильный оргазм, нежели при обычном коитусе. Одна молодая женщина-зоотехник специально поступила работать на случной пункт, так как наблюдение за этим процессом вызывало резкое возбуждение, доводящее ее иногда до психического оргазма (лечиться категорически отказалась).

В большинстве случаев визионизм является сравнительно безобидным перверситетом, но иногда он переходит в настоящую перверсию. Т. Бостанджиев приводит пример хозяйки публичного дома, которая не только сама подсматривала половые акты своих посетителей, но за особую плату устраивала такой тайный просмотр избранным клиентам. П. И. Ковалевский писал об одном купце, который принуждал свою жену иметь в его присутствии коитус с ньюфаундлендом. Мессалина заставляла своих придворных

дам иметь половые сношения с партнерами по танцу в ее присутствии.

В настоящее время в ряде западных стран широкое распространение получили порнографические фотографии, открытки, альбомы, книги, кинофильмы. В Советском Союзе все виды порнографии преследуются в уголовном порядке (ст. 215 УК Казахской ССР).

К визионизму можно отнести фетишизм (от франц. fétiche — идол, искусственный бог), который впервые описали Binet и Krafft-Ebing. Под этим термином авторы полагают половое уклонение, когда половое чувство появляется и сочетается не по отношению к половому органу, а по отношению к какой-либо части тела, одежды и другим предметам любимого человека, но иногда любого абстракного лица противоположного пола.

Из предметов, являющихся фетишами, наиболее часты женские чулки, туфли, ботинки, перчатки, носовые платки, бюстгальтеры, которые обычно тайком похищаются.

Предметом поклонения часто являются молочные железы, ягодицы, длинные волосы (косы) и маленькие стройные женские ножки. Культ красивых ягодиц особенно чтили в Греции.

Фетишизм в большинстве случаев — удел мужчин. Так, В. М. Тарновский пишет, что ему только один раз пришлось наблюдать фетишизм у женщины. Приведем вкратце его случай.

Замужняя женщина, 34 года, имея коитус в кровати с раздетым мужем, никогда не получала оргазма, а с одетым любовником каждый раз имела оргазм. Тогда она попросила супруга не снимать брюки во время коитуса и ее потенция с тех пор 100%.

Мы неоднократно встречали женщин, которые в медальонах носили локоны, миниатюрное фото своих детей или фото своих первых любовников, лишивших их девственности. Замужние женщины предпочитали прятать эти фото в укромном месте.

**Пигмалионизм** (pygmalionism, monumentophilia, statuenliebe) большинство авторов также относят к фетишизму.

Пафосский скульптор Пигмалион, описанный в X книге «Метаморфоз» Овидия, видя вокруг себя много развратных женщин, торгующих своей красотой, был так возмущен, что решил жить одиноким и не знал женщин. Однажды он вырезал из слоновой кости такую прелестную скульптуру женщины, что влюбился в свое творение и терзался тем,

что она недвижима. Афродита, вняв его мольбам, оживила статую — она стала живой прекрасной девой и ответила мастеру своей любовью.

Сейчас под пигмалионизмом понимают перверсию — получение полового удовлетворения от созерцания произведений искусства. В некоторых случаях наблюдается стремление причинить произведению искусства вред (испачкать краской, облить чернилами, отколоть кусок мрамора и пр.). В таких случаях имеет место «садистский пигмалионизм».

**Экзаудоризм** (exaudorism). Если визионист получает половое удовлетворение от подглядывания, то экутер (ecouteur) получает его от подслушивания коитуса или других интимных шорохов. H. Wendt полагает, что этот перверситет является отголоском детства, когда ребенку ночью приходится слышать все движения родителей, находящихся с ним в одной комнате.

Термин **трансвестизм** (transvestismus, eonismus) предложил M. Hirschfeld в 1870 году, описывая перверситет, при котором имеет место стремление носить одежду противоположного пола и соответственно с этим менять свое поведение. M. Hirschfeld считал, что даже в сновидениях эти лица видят себя в этом образе.

Трансвестизм обычно связывался с гомосексуализмом — активным у лесбиянок и пассивным у мужчин.

Это привело к тому, что в странах, где гомосексуализм преследовался законом, трансвестизм тоже считался «грехом» и преступлением. В пятой книге Моисея (22,5) говорилось: «Женщина не должна носить мужское снаряжение, а мужчина не должен одеваться в женское платье. Тот, кто совершает подобное, противен Господу». Известно, что в 1431 году по приказу англичан Жанну Д'Арк (Орлеанскую деву) приговорили к сожжению на костре и среди прочего ей ставилось в вину ношение мужского платья.

Но времена меняются, и у нас в Отечественную войну 1812 года никто не думал ставить в вину Надежде Андреевне Дуровой ношение мужской военной формы.

В свое время M Hirschfeld считал, что трансвестизм встречается чаще у мужчин, нежели у женщин. Это мнение разделяет и А. М. Свядощ (1974). Мы думаем, что оба исследователя пришли к такому мнению потому, что мужчины-трансвеститы чаще попадают под наблюдение психиатров и судебных медиков. В действительности же трансвестизм встречается значительно чаще у женщин, чем у мужчин.

Трансвестизм может встречаться и самостоятельно, без связи с гомосексуализмом, даже у лиц, живущих в браке нормальной гетеросексуальной жизнью. А. М. Свядощ (1974) пишет, что в подобных случаях у таких лиц с детства отмечаются те или иные «соматические и характерологические особенности противоположного пола».

Если это обстоятельство и имело ранее под собою некоторую почву, то теперь это может привести к неправильному обобщению. Многие женщины носят брюки: это модно и удобно. Маловероятно, что у всех у них в детстве были «мужские особенности» или какая-либо гомосексуальная направленность.

**Цисвестизм.** Близко к трансвестизму стоит цисвестизм — стремление взрослого человека носить детскую одежду. Цисвестизм встречается и у мужчин, но чаще — у женщин. В народе таких женщин прозвали «бебешками» (В. И. Даль).

**Эксгибиционизм** (от лат. exhibeo — показываю) является противоположностью визионизма. Здесь налицо стремление показать свои половые органы лицу противоположного пола, термин exhibitionismus предложен в 1877 году Ch. Lasèque.

В типичных случаях мужчина-эксгибиционист неожиданно появляется перед женщиной в каком-либо малолюдном месте, распахивает свой заранее расстегнутый костюм и показывает ей половой член. Подобную же картину описывает Ф. М. Достоевский в своем романе «Униженные и оскорбленные». Эта демонстрация приводит эксгибициониста в состояние сильного полового возбуждения, иногда доводящего до психического оргазма. В некоторых случаях он на глазах у своей жертвы делает мастурбационные движения, а затем немедленно скрывается, боясь быть застигнутым на месте преступления. Некоторые эксгибиционисты выбирают своей жертвой молодых женщин, другие — подростков или даже малолетних девочек.

Рекорд эксгибиционизма побили в свое время римские императоры, которые публично предавались любви (Гай Транквилл Светоний. Жизнь двенадцати цезарей; Тацит. Анналы).

К эксгибиционизму относят особую форму полового возбуждения от показа своей обнаженной жены или любовницы (часто без ведома женщины, чаще с применением насилия и редко с согласия самой женщины) другим мужчинам (kandualesismus). Термин происходит от имени коро-

ля Kanduales von Gugits, который демонстрировал своим друзьям (gyges) свою спящую обнаженную жену. Некоторые склонны видеть элементы кандаулезизма в творчестве художника Рубенса, который часто писал портреты своей обнаженной жены Helene Fourment и выставлял их на всеобщее обозрение.

К словесному эксгибиционизму П. И. Ковалевский относит половое сладострастие от нашептывания пошлостей на ухо женщине или выслушивания их от женщины. Сюда же надо отнести и любителей рассказывать сальные анекдоты. Это словоблудие чаще встречается у мужчин, но нередко им щеголяют и женщины.

Разновидностью эксгибиционизма можно считать и эротографоманию (erotographomanie) — желание писать неприличные выражения в письмах, дневниках, на заборах, стенках клозетов, а также стремление некоторых поэтов, писателей и художников посвящать свои творения порнографии. Из писателей такую скандальную славу снискал талантливый поэт И. С. Барков.

В изобразительном искусстве известен своей сексуальной тематикой художник-график Masereel, хотя эта тенденция в той или иной степени наблюдается у многих известных мастеров. Не избежал этого соблазна и Рембрандт, написав картину «Das Paar auf dem Bett».

**Фроттеризм** (от франц. frotter — тереть, frottage — трение) заключается в получении полового удовлетворения мужчиной от трений половым членом о женское (обычно одетое) тело. Этот перверситет известен с древних времен, он упоминается еще у Овидия Назона. Обычно фроттер действует в местах массового скопления людей (в трамваях, троллейбусах, на массовых зрелищных мероприятиях). В давке он прижимается своим пенисом к ягодицам стоящей перед ним женщины, ощупывает ее через платье. K. Dietz, P. G. Hesse видят в этом перверситете переход к фетишизму одежды. Иногда фроттер делает трущие коитальные движения, в наиболее тяжелых случаях он оголяет свой пенис.

Во время танцев фроттер старается поставить ногу между ног партнерши и прижать ее к себе. М. Маргулис относит это к взаимному онанизму. K. Dietz и P. G. Hesse считают, что при фроттеризме, очевидно, имеется задержка развития на более низкой ступени, когда еще в юности бу-

дущий фроттер пожимал под столом ноги и колени сидящей рядом с ним женщины. У взрослого уже фроттера акцент стоит на анонимности возбуждающей его женщины.

**Эргофилия** — перверситет, состоящий в получении полового удовлетворения от лицезрения элегантных телодвижений артистов, спортсменов, атлетов (H. Wendt). Очевидно, к этой категории надо отнести балетоманов.

Пажизм (pagism). Этот вид перверситета также представляет интерес, тем более что, по нашему мнению, некоторые даже видные сексологи трактуют его неверно. Так, в «Проблемах современной сексопатологии» (М., 1972, с. 94). П. Б. Посвянский пишет: «...геронтофилия — влечение к старухам, пагизм — старых женщин к молодым мужчинам». Мы не можем согласиться с таким определением, и вот почему.

1) Геронтофилия — это влечение не к старухам, а к старикам. Увлечение же молодых людей пожилыми и старыми женщинами называется граофилия (Т. Бостанджиев) (geron — старик, а старуха — graus, греч.). К сожалению, ряд сексологов (R. Krafft-Ebing, А. М. Свядощ) не делают полового различия и в обоих случаях употребляют термин «геронтофилия».

2) Термин «пагизм» употреблен неверно. Ведь нет слова «паг», а есть слово «паж» (page — франц.) — юноша или мальчик, прислуживающий членам королевской семьи. Следовательно, правильнее употреблять термин «пажизм».

3) Отсюда «пажизм» — перверситет не старой женщины, а молодого человека, разыгрывающего роль «пажа» — верного беспрекословного раба, слуги. Мы согласны с H. Wendt, что пажизм — это разновидность мазохизма. Резко выраженный пажизм называют еще сервилизмом. Самоуничижение в некоторых случаях доходит до поедания кала и выпивания мочи своего партнера-кумира (H. Wendt). Сервилизм проявляется иногда у молодых женщин по отношению к их пожилым партнерам-кумирам.

В тех случаях, когда мазохист-сервилист в своей фантазии или реально считает себя животным или играет роль животного, всецело принадлежащего госпоже, сервилизм носит название «метаморфизма». По H. Wendt, эти субъекты чаще всего изображают либо собак, которым хозяин или хозяйка надевает ошейник на шею, либо лошадь для верховой езды. M. Hirschfeld в своей капитальной моно-

графии приводит две оригинальные фотографии этого перверситета.

R. Krafft-Ebing относит к метаморфизму появление вторичных половых признаков под влиянием ослабления гормонов собственного пола вследствие климакса, кастрации, эндокринных заболеваний (у мужчин — феминизация, у женщин — вирилизация).

4) Увлечение же старой женщины молодым «пажом» будет не «пажизм», а в зависимости от его возраста — педофилия (если партнеру нет еще 16 лет) или эфебофилия (если мужчина старше 16 лет).

Термин **педофилия** может употребляться в двух смыслах. В более узком — «любовь к мальчикам» (от греч. pais — ребенок, мальчик, сын) и в широком смысле — «любовь к детям», включающая 8 различных вариантов: 1) вышеописанная любовь к мальчикам до 16 лет; 2) любовь к юношам старше 16 лет — эфебофилия (от греч. ephebos — юноша); 3) любовь к девочкам моложе 16 лет — корефилия (от греч. kore — девочка) и 4) любовь к девушкам старше 16 лет — партенофилия (от греч. parthénos — девушка). Каждая перверсия встречается как в гетеросексуальном, так и гомосексуальном варианте. Все 8 вариантов значительно чаще встречаются у пожилых и старых мужчин, реже — у женщин. По О. Бальзаку, коре- и партенофилия имели место во Франции в закрытых учебных заведениях. Да и в домашних условиях девочек и девушек соблазняли учителя музыки, пения и танцев. Нами описана молодая лесбиянка, склоняющая своих учениц к cunnilingus.

А. М. Свядощ пишет: «Случаи педофилии у женщин нам неизвестны, и мы не встречали указаний на них в литературе». Первой половине фразы мы можем верить, хотя в 20-х годах один из нас (В. И. Здравомыслов), работая судебно-медицинским экспертом в Ленинградском губернском суде, ознакомился с делом женщины, которая обвинялась в изнасиловании 12-летнего мальчика. Вторая же половина фразы нас удивляет. Только R. Krafft-Ebing цитирует длинный ряд авторов, описывающих педофилию у женщин (V. Magnan, Schürmayer, Lafargue, Legrand, Thoinot et al.).

V. Magnan описал двух женщин 29 и 32 лет, которые имели сильнейшее половое влечение к 5—8-летним мальчикам. Shürmayer наблюдал женщину, которая клала на себя

своего пятилетнего сына и «совершала с ним безнравственные деяния».

**Метатропизм.** Обычно в сексуальной жизни мужчина предлагает женщине «мелодию прелюдии и полового акта» и является, таким образом, активным сексуальным партнером. Женщина воспринимает эту мелодию согласно своему «диапазону приемлемости» и является пассивным партнером.

Если в сексуальной игре мужчина и женщина временами меняются ролями, то ничего плохого в этом нет. Хуже, когда это принимает хронический характер и муж излишне пассивен, хотя и случаются счастливые браки, в которых роль лидера играет женщина (H. Wendt). Если же дело доходит до того, что жена проявляет садистическую активность, а муж мазохистическую пассивность, то это относится уже к перверситету, который P. G. Hesse назвал метатропизмом. Иногда это может быть и вариантом нормы («женщина-женщина» — активный тип и «мужчина-мужчина» — пассивный тип по классификации С. С. Либиха).

**Ректальный гетеросексуальный половой акт.** Среди причин, побуждающих женщину к ректальному коитусу, можно указать следующие.

1. Наличие резко выраженной эрогенности анальной области. П. И. Ковалевский цитирует И. Бернгейма, сообщавшего о девице, которая очень любила coitus per rectum и, когда ей не удавалось его иметь, ставила себе клизмы. О горячих клистирах, применяемых некоторыми дамами, писал и Л. Я. Якобзон.

38 из 400 наших пациенток имели в анальной области выраженную эрогенную зону, а 11 из них могли даже получать ректальный оргазм.

Кроме того, часто при наличии выраженной эрогенной зоны в перинеальной и анальной областях при любой позиции в положении вентро-вентрально мужчина во время нормального влагалищного коитуса добавочно пальцем одной из рук массирует область промежности и заднего прохода или даже вводит палец в прямую кишку, производя через нее давление на тонкую влагалищно-ректальную перегородку (G. van Emba Boas). Этот прием распространен в Индии («Камасутра»).

2. Предохранение от нежелательной беременности.

3. Девушки пользуются ректальным коитусом, чтобы сохранить свою анатомическую девственность.

К нам на прием обратилась двадцатилетняя студентка с жалобами на двухмесячную задержку менструации. Менструирует с 11 лет регулярно. Половую жизнь и онанизм отрицает. Общее ожирение III степени. Молочные железы крайне массивные, плотные, соски резко пигментированы (с детства), но молозива нет.

Hymen цел, отверстие около 5 мм в диаметре. Малые половые губы несколько гипертрофированы, резко пигментированы, но цианоза слизистой нет. Осмотрена ректально. Сквозь крайне толстую брюшную стенку неясно определяется сравнительно подвижное округлое тело около 15 см в диаметре. Придатки отдельно не контурируются. На высказывание о возможной беременности больная бурно выражает свое негодование и обиду.

Поставлен предположительный диагноз: опухоль яичника? Больной предложена операция, она согласилась. Предварительно все же исследовали мочу на беременность. Реакция оказалась резко положительной. Когда при повторном посещении пациентке сообщили о результате анализа, она расплакалась и призналась, что уже более полугода имела сношения с «другом» в задний проход.

«Друг» обещал ее не дефлорировать и гарантировал полную безопасность от беременности. Обычно она имела ректальный коитус лежа на животе, а «друг» — лежа на ее спине. Ей было разъяснено, что при извлечении полового члена из прямой кишки часть спермы стекала вниз по вульве к лобку, протекая мимо отверстия плевы, поэтому сперматозоиды свободно могли проникнуть во влагалище.

Ввиду большого срока мы рекомендовали ей беременности не прерывать. Она согласилась, написала «другу», но ответа не получила. Дождавшись окончания экзаменационной сессии, она поехала к «другу» «выяснять отношения», крайне волновалась. Неожиданно начались схватки, ее сняли с поезда и доставили в местный родильный дом, где она и родила недоношенного семимесячного ребенка. «Друг» отказался признать себя отцом ребенка.

Что же заставляет мужчину искать ректального контакта?

На первом месте, конечно, стоит желание получить максимум наслаждения. Более мощная мускулатура сфинктера способствует более сильному раздражению пениса, чем более слабая мускулатура влагалища. Особенно это относится к рожавшим женщинам, часто имеющим неполноценную мускулатуру промежности.

Вторая и третья причины идентичны таковым у женщин: контрацепция и коитус без нарушения анатомической девственности.

**Половой символизм.** П. И. Ковалевский описал перверситет, названный им «мысленным онанизмом», когда мужчина может получить оргазм только думая во время коитуса о другой, более желанной в данный момент женщине.

Подобная ситуация, по нашему мнению, еще чаще встречается у женщин, так как они чаще выходят замуж не по любви, но мы абсолютно не согласны с предложенным термином «мысленный онанизм».

Онанизм — суррогатная форма полового удовлетворения вне полового акта, без контакта с лицом противоположного пола, а в случае, описанном П. И. Ковалевским, налицо настоящий половой акт, только мысли одного из партнеров неадекватны происходящему. По нашему мнению, к этому перверситету более подходит предложенный когда-то Eulenburg термин «половой символизм».

Этот перверситет подробно описан еще Ватсьяяна в «Камасутре» под названием sampratyayatmixa.

В нашей практике мы встретились с тремя вариантами полового символизма.

Л. З., 46 лет, фельдшер. Менструирует с 15 лет, сразу очень обильно и длительно, с болями за несколько дней до месячных. Замужем с 26 лет. В анамнезе 14 беременностей — 3 родов и 11 абортов. Муж значительно моложе, очень красив, пользуется большим успехом у женщин и постоянно ей изменяет. Часто приходит домой поздно ночью и навеселе. Л. З. его ревнует, устраивает бурные сцены, часто плачет. Из-за ссор половая жизнь все реже, а сексуальная потентность стала падать. Оргазм Л. З. теперь получает только в том случае, если во время коитуса закроет глаза и представит себе, что отдается какому-нибудь герою из только что прочитанной книги. При чтении нового романа герой во время коитуса меняется. Если Л. З. не сможет полностью переключиться, то не только не получает оргазма, но и половой акт становится неприятен.

Менструации стали еще продолжительнее и обильнее (в одной из клиник произведено три выскабливания и восемь вливаний в полость матки 10% спиртового раствора йода по способу Грамматикати). Появились менструальные поносы, сильнейший зуд спины и лопаток, бессонница.

Гипносуггестивная терапия заключалась в мотивированном внушении нерациональности постоянных упреков, истерик и ссор; согласно нашей схеме, добавочно смягчались все жалобы, которые должны быть устранены. Внушение значительно смягчило ревность, больная стала спокойнее, выдержаннее, прекратились истерики, слезы, ссоры, полностью прекратился зуд, менструации стали короче (5 дней), менее обильны и болезненны. Стала проявлять заботливость о муже, перестала думать о «книжных героях», вновь появилось либидо по отношению к мужу, который стал чаще бывать дома. Сексуальная потентность снова повысилась.

Служащая, 39 лет, пикнического телосложения, оволосение по женскому типу. Менструирует с 14 лет, каждые 30 дней, по 3 дня, хотя страдает фибромиомой матки. Замужем третий раз, побочных связей не было. Первый раз вышла замуж в 19 лет, мужу было 20 лет. Несмотря на довольно интенсивную половую жизнь, оргазм стала получать через 2 года, да и то изредка. Через 4 года развелась с мужем и сразу вышла второй раз замуж. Муж на 4 года старше, интенсивность половой жизни та же, но полная фригидность. Через 5 лет овдовела. За первые 5 лет имела 2 родов и 4 аборта. Сделала с целью предохранения от беременности три вливания в полость матки 10% спиртового раствора йода, после чего 12 лет стерильна.

После смерти второго мужа 7 лет половой жизнью не жила.

В 36 лет вышла замуж в третий раз. Муж на 13 лет моложе, по словам больной, часто ей изменяет, она его ревнует. Ритм половой жизни резко изменился. В среднем имеет 2 оргазма на одно сношение, но неравномерно. В те дни, когда ярко себе представит, что муж имеет коитус с другой женщиной, может получить до 6 оргазмов; если яркой картины нет, то и оргазма нет.

Если в приведенных случаях полового символизма ревность, очевидно, явилась психогенной причиной своеобразного перверситета то в следующем случае, наоборот, психогенией являлись моральные установки.

Х. К., 27 лет, монтажница. Менструирует с 14 лет. Вышла замуж в 18 лет по любви. В 22 года полюбила другого, но моральные установки не позволяли изменять мужу. Думала развестись, чтобы выйти замуж за любимого человека, но потом, чтобы побороть это чувство, решила забеременеть от мужа, «чтобы привязать себя к нему крепко».

Забеременела и перестала встречаться с другом. Беременность протекала тяжело и закончилась применением щипцов по поводу эклампсии. Роды осложнились тромбофлебитом обеих ног и крупозной пневмонией. Лежала 5 месяцев в клинике и полгода была потом на инвалидности из-за эндартериита. После болезни коитус резко болезненный, боязнь новой беременности, а потом резкий страх перед коитусом и отвращение к нему.

Либидо иногда появляется, но при мысли о коитусе сразу проходит Коитус иногда приятен, оргазм испытывает очень редко и только тогда, когда она воображает, что отдается любимому человеку. Половой символизм. После сношения обычно плачет.

Получила три сеанса внушения в глубоком гипнотическом сне. После первого сеанса коитус стал безболезненным и приятным, начала получать оргазм. Общее самочувствие постепенно улучшилось.

**Промискуитет.** Одним из распространенных перверситетов, в основном у мужчин, но нередко и у женщин, является промискуитет — беспорядочная половая жизнь с большим числом партнеров.

Эта сексуальная патология в отношении мужчин описана П. Б. Посвянским под названием «донжуанство». П. Б. Посвянский так описывает переживания лица, страдающего этим перверситетом: «...Он испытывает неодолимое влечение к определенным женщинам, но при первых же сексуальных контактах с ними испытывает не сексуальное удовлетворение, а чувство отвращения и постоянно меняет партнерш».

Нам кажется, что в мужском промискуитете надо выделить еще одну форму перверситета, анормального сексуального поведения — «спортивное донжуанство», так же как в женском промискуитете мы выделяем «спортивный мессалинизм». «Спортсмены-донжуаны» (chevalier de Foblase, chevalier de Casanova) в одних случаях ставят перед собой задачу побить рекорд по числу женщин, с которыми

они были в близких отношениях, а в других — рекорд по числу свершенных дефлораций.

В распространении промискуитета значительную роль сыграло в свое время вредное философское течение, известное под названием «гедонизм». Последователи этого течения считали, что плотская любовь составляет главную цель жизни. P. Montegazza в своей «Физиологии женщины» утверждает, что во Франции и Италии это «еретическое учение» было принято женщинами с большим воодушевлением. Основоположником этой философской школы был Аристипп из Кирены (435—355 г. до н. э.). Отсюда и название его последователей — «философы-киренаики».

В 1793 году в Монпелье была основана секта (multiplikanten) безудержного сексуального наслаждения. Члены этой секты обрезались и крестились в вине и водке.

Лиц, часто меняющих сексуальных партнеров, называют еще сексуальными унсолидами (sexunsolid).

**Мессалинизм.** Термин «мессалинизм» происходит от имени Мессалины и почти 2000 лет как приобрел нарицательное значение, являясь символом крайней половой разнузданности, порочности и разврата.

Мессалина-Валерия была третьей женой римского императора Клавдия. Известная своим распутством, властолюбием и жестокостью, она открыто имела множество постоянных и временных любовников, из которых три «постоянных» (Нарцисс, Каллист и Паллас) даже вошли в историю Римского государства как имевшие большое влияние на управление государством.

Мессалина не только сама занималась изощренным развратом, но устраивала во дворце постоянные оргии, принуждая своих придворных дам к половым актам в ее присутствии.

Среди женского промискуитета (мессалинизма) мы различаем следующие формы: фригидный мессалинизм, нимфоманический мессалинизм, спортивный мессалинизм, меркантильный мессалинизм (проституция).

*Фригидный мессалинизм* большинство авторов (П. Б. Посвянский и др.) относят к нимфоманической фригидности. В основном это женщины, страдающие аноргазмией — полной первичной фригидностью, которые в беспредельном желании испытать чувство оргазма меняют одного партнера за другим в надежде в конце концов напасть на «хороший половой подбор».

В некоторых случаях на такое поведение толкает женщину легкомысленный врачебный диагноз «плохой половой подбор», как было у нашей больной Б. Ш.

Б. Ш., 30 лет, домохозяйка, жительница Иркутска. Первичная фригидность, половая жизнь настолько неприятна, что кусает себе до крови губы. Счастлива, когда менструирует и муж ее не трогает. Несмотря на такую фригидность, имела 6 беременностей: 2 беременности закончились родами и 4 — абортами (1 спонтанный и 3 искусственных).

Все время безрезультатно лечится от фригидности, получала фолликулин, спермин, лейкозол (академик М. С. Малиновский), иохимбин (профессор И. Л. Брауде), грязелечение, диатермию, мацестинские ванны и 9 сеансов гипноза у Е. И. Дубникова (сна не достигала), ее консультировали многие профессора. В Иркутской клинике ей сказали: «У Вас плохой половой подбор, Вам нужен другой мужчина».

— Я перепробовала всех товарищей мужа и никогда не было приятно.

Нам кажется, что врачи должны воздерживаться от подобных советов. К нам была направлена профессором И. Л. Брауде.

За 12 сеансов гипнотерапии не удалось добиться даже намека на внушенный сон, и пациентка передана на лечение профессору Н. П. Бруханскому. Четыре месяца лечения эффекта не дали. Вновь явилась с теми же жалобами. 13-й сеанс гипноза — сна нет. Зарегистрировано полное отсутствие эффекта. Выяснить как причину фригидности, так и полнейшей негипнабельности и невнушаемости не удалось.

Прав Kröger W. S., говоря, что фригидность и промискуитет часто идут рука об руку.

Обычно фригидный мессалинизм лечится как первичная фригидность и с излечением последней самостоятельно проходит. Налаживается нормальная семейная жизнь.

*Нимфоманический мессалинизм.* По нашему мнению, эта форма мессалинизма ничего общего с предыдущей не имеет. Здесь, наоборот, имеется гиперсексуализм. У таких женщин имеет место чрезмерная потребность получать новые и новые оргазмы. При любой интенсивности половой жизни ей «все мало», «нужно еще и еще получать оргазм». Яркий пример этого страдания у А. К. приведен нами выше.

Лечится нимфоманический мессалинизм как нимфомания и по излечении последней также самостоятельно проходит.

Вошел в историю нимфоманический мессалинизм дочери римского императора Августа Юлии, принимавшей по ночам любовников целыми группами и каждое утро вывешивавшей на статую Марса столько венков, сколько за ночь имела любовников.

В том же Риме Поппея и Фаустина, мать и дочь, пропускали мимо себя рядами голых гладиаторов и матросов и выбирали себе временных любовников.

*Спортивный мессалинизм.* Подобно спортивному донжуанству у мужчин, спортивный мессалинизм заключается в разнузданном аморальном поведении. Большинство таких женщин стараются установить своеобразный рекорд своим «победам». Одна наша пациентка на вопрос: «Сколько Вы имели мужчин за всю жизнь?» — ответила: «Не знаю, очень много. До 100 я записывала, а потом бросила». Другая пациентка «коллекционировала» профессии своих половых партнеров. Часто (но не всегда) в основе спортивного мессалинизма лежит гиперсексуальность. В терапевтическом отношении это почти безнадежная форма, так как пациентки, как правило, категорически отказываются от лечения.

Все же в некоторых случаях нами получен от психотерапии, как суггестивной, так и рациональной, хороший ближайший эффект, но теоретически возможны рецидивы.

Т. П., 40 лет, экономист Мастурбировала с 8 лет. Менструации начались в 14 лет, с перерывом до 16 лет, каждые 27 дней, по 3 дня, безболезненные. В половом отношении почти асексуальна. Большинство эрогенных зон имеют либо нулевой, либо отрицательный характер. Исключение составляют только шея спереди с переходом на грудину +2, анус +1, +2, даже клитор только +1.

Замужем в третьем браке. Третий муж гораздо моложе, ушедший целиком в науку и мало интересующийся сексуальными вопросами. Удочерил дочь Т. от второго брака и очень ее любит (больше, чем жену). Дочь считает его своим отцом и горячо любит (больше, чем мать). Обстановка в семье напряженная, так как свекровь была против брака и все 10 лет требует развода.

В начале последнего брака половой акт был приятен, хотя Т. П. и не всегда получала оргазм, но асексуальность мужа быстро привела ее к половой холодности, и она стала усиленно заниматься «со спортивной целью» с очень многими мужчинами «борцовым петтингом». От борьбы с возбужденным мужчиной получает полнейшее удовлетворение, не требующее нормального коитуса, который ей безразличен. Обычно все ограничивается одной борьбой, но, если ей станет жалко партнера, она без большого удовольствия для себя «иногда уступает».

— Со сколькими же мужчинами Вы боролись?

— С очень многими! Не считала, помню, что «уступила» раз 30, а от остальных удавалось отбиться.

Сейчас устала от такого образа жизни, считает, что виновата перед мужем. Крайне нервное состояние, жалобы на сильные головные боли, думает уступить свекрови и развестись, тем более, что супруг под влиянием матери сам начал поговаривать о разводе. Сеансы психотерапии заключались в рациональных беседах с последующим внушением в глубоком гипнотическом сне. Получила 3 сеанса. Стала значительно спокойнее. Коитус с мужем стал приятным, начала вновь получать нормальный оргазм. Решила прекратить свой «спорт» и не разрушать семьи, чтобы не травмировать дочь.

Для трех сеансов ближайший эффект хороший.

*Меркантильный мессалинизм* — проституция. Описанные формы мессалинизма нельзя отнести к проституции,

так как в генезе каждой из них лежит желание получить ту или иную форму полового наслаждения.

Психологические корни проституции не в наслаждении, а в материальной выгоде (меркантилизме). Проституирующая женщина отдается каждому мужчине без различия и разрешает пользоваться своим телом за соответствующее вознаграждение. Она равнодушна к личности мужчины и неравнодушна только к деньгам или другой выгоде (И. Блох, Рей, Шраук и др.). Проблеме проституции посвящена большая социологическая и художественная литература, поэтому подробный разбор этого вопроса не входит в задачу данной работы.

Мы склонны согласиться с К. Имелинским, разделяющим мнение Л. Н. Толстого, что брак без любви (из-за денег, квартиры и прочих материальных ценностей) есть своеобразная торговля своим телом и потому может быть расценен как «супружеская проституция».

**Алголагния — садизм, мазохизм.** Большинство женщин любят иметь коитус в спокойной обстановке, но некоторые женщины могут получить оргазм только в том случае, если они сопротивляются мужу и он овладевает ими насильно. Это еще 2000 лет назад подметил Овидий Назон: «К удовольствию любви надо примешивать иногда сопротивление». В. М. Бехтерев выделил особую форму перверсий — борцовую. В нашей работе были приведены примеры такой «борьбы».

Термин «алголагния» был предложен в свое время A. Schrenck-Notzing и Eulenburg. Он означает возникновение полового возбуждения и даже получение оргазма от боли. Venturi употребляет термин «алгофилия».

Алголагния (алгофилия) — получение удовольствия от боли. Алгист — человек, ищущий боли для наслаждения. Если от боли получает удовольствие причиняющий ее, он называется садистом (по имени маркиза де Сада, снискавшего себе печальную славу своими половыми преступлениями, связанными с жестокостью и издевательствами над своими жертвами). Если получает удовольствие воспринимающий боль, он называется мазохистом (по имени писателя Л. Захер-Мазоха, писавшего романы на эту тему). Классическим примером мазохиста считают Ж. Ж. Руссо, который в своей «Исповеди» описывает великое наслаждение, которое он испытал, когда воспитательница секла его по голым ягодицам. Д. Н. Стефановский предложил упот-

реблять для садизма термин «эротический тиранизм», а для мазохизма — «эротический пассивизм».

Ягодицы — одна из сильных эрогенных зон. Ее раздражением можно вызвать сексуальное возбуждение вплоть до оргазма. Так развивается перверсия — мазохизм. W. A. Hammond писал, что мазохизм особенно широко распространен в Англии, где для этой цели всегда можно найти «специальную массажистку». И. П. Павлов считал садизм болезненным проявлением агрессивного инстинкта, а мазохизм — инстинктом рабства (пассивный оборонительный инстинкт).

В XI веке в Европе организовалась секта флагеллантов (самобичующихся), которая в XIII—XV веках получила широкое распространение в ряде стран (Италия, Франция, Германия, Нидерланды, Эльзас и Лотарингия). Секта проповедовала публичное самобичевание и «крещение кровью» как верный путь к искуплению грехов. Среди флагеллантов различались активные, наносящие боль (садисты, садомазохисты) и пассивные — получающие удары (мазохисты).

К флагелляции можно отнести и применявшиеся в армиях и школах телесные наказания, которые способствовали массовому развитию садизма. В этих случаях получали удовольствие садисты и редко — мазохисты (Ж. Ж. Руссо).

Среди женщин более распространен мазохизм. Сюда же надо отнести и случаи, когда женщина может получить оргазм только после того, как мужчина предварительно нашлепает ее ладонью по голым ягодицам (своего рода флагелляция).

Наряду с общей мазохистической настроенностью встречаются женщины, которые во время страстного коитуса кусают, сосут мужчин (П. И. Ковалевский).

Иногда эксцессы садизма достигают изуверства. Так, Biondi (1906) наблюдал отрыв всего полового органа 64-летнего старика молодой женщиной.

1 октября 1922 года А. Е., 24 лет, отрезала пенис (на $^3/_4$ см от корня) своему спящему мужу. Н. П. Бруханский, будучи судебно-медицинским экспертом, дал заключение, что преступление совершено в состоянии «короткого замыкания» (по Кречмеру), и Московский городской суд на заседании 10. XI. 1924 года дело прекратил. Н. П. Бруханский описал этот случай в парижском журнале An. Med. leg., 1924, № 3, а затем в своих «Материалах по сексуальной психопатологии».

Похожий случай наблюдали и мы.

Летом 1924 года В. И. Здравомыслов, дежуря в ленинградской «Скорой помощи», получил срочный вызов. Войдя в квартиру, бригада увидела молодого полуодетого парня, лежащего на спине на окровавленной кровати. Раздвинув ноги, он держал обе руки прижатыми к половым органам. Кровь просочилась сквозь матрас и струйкой текла по полу. При осмотре пенис оказался отрезанным у корня. Причина — ревность жены.

Жестокие телесные наказания нерадивых учеников получили название «диппольдизма» — по имени одного студента Dippold, который, будучи домашним учителем двух мальчиков, из чувства садизма настолько энергично их наказывал, что один из них умер от избиений.

Телесные наказания учеников в школах Советского Союза и социалистических стран, в том числе и ГДР, категорически запрещены: в Западной Германии они практикуются и поныне.

Садизм бывает не только физический, но и психический. Он встречается как среди женщин, так и среди мужчин. А. А. Яковлев описал «духовное мучительство женщин».

По П. И. Ковалевскому, садизм во время полового акта может наблюдаться не только у мужчин по отношению к женщинам и наоборот, но и у мужчин и женщин по отношению к своим гомосексуальным партнерам.

**Вампиризм сексуальный** — разновидность садизма, когда для полового возбуждения необходимо увидеть кровь своего полового партнера. Иногда вид крови может даже заменить половой акт и привести к психическому оргазму. Страдать этой перверсией могут и женщины, и мужчины. В тяжелых случаях вид крови уже не удовлетворяет садиста и ему нужно убить свою жертву.

В некоторых случаях такой садист вскрывает живот своей жертве, вырезает ее половые органы и мастурбирует с ними, а иногда даже пожирает их (антропофагия). Сюда же относятся люди, страдающие стремлением совершать половые акты с трупами женщин. Для этой цели они даже раскапывают могилы молодых женщин (некрофилия). По понятным причинам некрофилией могут страдать только мужчины.

**Аутоэротизм (нарциссизм).** Половое извращение, которое заключается в получении полового удовлетворения от созерцания или ласк собственного тела.

Термин «нарциссизм» (влюбленность в собственное свое тело), как и многие другие медицинские термины, восходит к древнегреческой мифологии. Аутоэротизм часто является

первопричиной онанизма, проводимого часто перед зеркалом (Spiegelakt bis zur Masturbation, F. Fleck and M. Flesk).

H. Wendt говорит о преимуществе в этих случаях analipsatio путем введения в анус пальца или другого подходящего предмета. Он отмечает часто встречающиеся у нарциссистов явления аутосадизма, вернее аутосадомазохизма, причем нарциссист использует для самоистязания все атрибуты садистического инвентаря: хлысты, острые инструменты, а также цепи, веревки, для перетяжки отдельных частей тела (даже пениса). Варианты самоистязания крайне разнообразны, и иногда вследствие неосторожности дело может дойти до смертельного несчастного случая.

При сексуальном контакте с другими лицами нарциссист также проявляет садистические тенденции, а собственное тело является фетишем (autofetischismus).

**Трисексуализм.** Под таким термином понимают случаи, когда у одного человека одновременно встречаются разнообразные половые извращения, например нарциссизм и гомосексуальность в сочетании с нормальной гетеросексуальностью.

**Скотоложство,** известное под названием **содомии** (по библейскому городу Содом), **зоофилии, бестиофилии,** было широко распространено в восточных и южных странах. В Греции зоофилия получила такое широкое распространение, что ее назвали «греческой любовью». Мантегацца пишет: «В древности Плутарх сообщал, что женщины в Мендесе предаются разврату со священным козлом. В настоящее время, через много веков место козла заняла собака».

И сейчас в женской зоофилии первое место занимает собака. В основном это одинокие женщины — вдовы, разведенные и старые девы. Их объектом были крупные собаки (в основном доберманы-пинчеры), маленькие собачки и кошки. Если кошек и маленьких собачек они приучали к cunnilingus, то с крупными собаками имели настоящий коитус. В некоторых случаях женщины рассказывали о своих переживаниях, о том, как они приучали своих питомцев, но ни одна из них не захотела пройти курс лечения с целью избавления от перверсии. Это их «устраивало».

Литература по скотоложству скудна и касается в основном скотоложства мужчин. В. М. Тарновский упоминает о способах приучения женщинами собак к cunnilingus и coitus. Из зарубежных авторов о женском скотоложстве впервые упомянул Hefeld (1821), а затем A. Moll, H. Rohle-

der. Из более поздних авторов о скотоложстве писал Н. П. Бруханский.

И. Блох сообщал, что подробно о скотоложстве писал Мартин Шурич еще в 1730 году. Объектами его содомических описаний были собаки, кошки, овцы, козы, куры, утки, гуси, лошади, обезьяны, медведи и даже рыбы. Известно, что некоторые пастухи в Италии содержали вместо жен коз, ухаживали за ними, украшали яркими лентами.

В древнегреческих храмах жрицы приучали к содомии змей. О скотоложстве упоминается и в Библии. G. Mirabeau в 1878 году выпустил в Брюсселе специальную монографию «Erotica Biblion».

Все эти виды скотоложства являются межвидовыми сексуальными контактами. Г. С. Васильченко пишет, что подобные межвидовые сексуальные контакты встречаются и в животном мире, иногда даже среди далеко отстоящих видов.

*Глава 8*

# ЛЕЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Лечение сексуальных расстройств у женщин неотделимо от лечения или психопрофилактических мероприятий у их партнеров. Степень вовлеченности мужчины в сексуальное расстройство женщины может быть различной. В одном случае сексуальное расстройство женщины может быть следствием полового заболевания у мужчины (половая холодность или вагинизм при половой слабости партнера), в другом случае налицо клинически выраженное сексуальное расстройство у женщины и неправильное половое поведение мужчины, вызванное, например, неопытностью, нечуткостью или психопатическими особенностями личности. В третьем случае оба партнера еще не страдают половыми заболеваниями, но у них обнаруживается сексуальная дисгармония, вызванная психологической несовместимостью, несовпадением сексуальных потребностей и возможностей их удовлетворения (см. главу 5).

При выраженных формах заболевания применяется комплексное лечение, обязательно включающее в себя психотерапию; при сексуальных дисгармониях, отклонениях сексуального поведения, недостаточной опытности партне-

ров проводится психотерапия в широком смысле слова (психопедагогическая работа, психопрофилактика, корригирующая психотерапия).

**Психотерапия.** Содержание, объем, показания и противопоказания психотерапии определяются всеми особенностями клинического состояния больной. Если сексуальное расстройство женщины является синдромом какого-либо невроза (неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний), то психотерапия должна строиться с учетом всех особенностей невротического конфликта. Так, половая холодность при неврозе навязчивых состояний очень часто обусловлена сложным внутриличностным конфликтом (например, между влечением и запретом этого влечения), а при истерии — отрицательным отношением к сексуальному партнеру, что не в полной мере осознается самой больной. Вагинизм может быть следствием как агрессии, грубости со стороны мужа, так и его неопытности, робости, половой слабости. Детальный анамнез, применение экспериментально-психологических и социально-психологических методик необходимы для получения содержательного материала, который ложится в основу психотерапии. Тщательно изучаются детство и период полового созревания женщины, особенности воспитания, формирования идеала мужчины, отношение к половой жизни. Изучаются особенности неосознаваемых (бессознательных) психических процессов (в гипнозе, изучение сновидений, ассоциативный эксперимент). Трактовка этого материала дается не в плане одностороннего пансексуализма (S. Freud), а в плане реального анализа всех событий жизни больной, включая сексуальные травмы.

Установление диагноза дает возможность определить объем психотерапии. Схематически он может быть сведен к трем вариантам: 1) психотерапия занимает ведущее место в лечебном комплексе (сексуальные дисгармонии, психогенные расстройства, неврозы); 2) психотерапия играет дополнительную роль (эндокринные расстройства, органические заболевания центральной нервной системы); 3) психотерапия направлена на внутреннюю картину болезни (реакцию личности на заболевание), психотерапия в системе реабилитации больной.

Вид психотерапии избирается после определения ее содержания, объема и цели.

**Сексуальная функция как личностная ценность человека.** В 1969 году нами (С. С. Либих) была опубликована

ценностная шкала сексуальной функции человека. В зависимости от ее абсолютного высокого, среднего или низкого значения для человека определяется степень распространения его дезадаптации за пределы семейно-личных взаимоотношений (производственные, учебные, бытовые отношения), степень и глубина самой дезадаптации, выраженность невротического компонента, «внутренняя картина болезни», а также установка на лечение, отношение к различным препаратам и методикам лечения и др.

Г. С. Васильченко (1978) подчеркивает рекреационную и прокреационную роль сексуальной функции. Следовательно, с точки зрения прокреации, на сексуальное расстройство по-разному будет смотреть человек, имеющий детей и не имеющий их. Что касается рекреационной стороны половой жизни, то ее нарушение будет различно восприниматься человеком, способным к сублимации (творчество, деятельность, широкие интересы) и не способным к ней. Кроме этих двух сторон, необходимо помнить, что способность к половой жизни есть один из мощных способов самоутверждения личности. Понятие самоутверждения, будучи социально-психологическим, относится как к прокреации, так и к рекреации. Половое расстройство часто воспринимается как унижение, умаление личности, постоянно действующий фрустрирующий агент.

**Супружеская пара как система.** Для успешного лечения любого невроза одну из решающих ролей играет ближайшая окружающая среда больного (семья, родственники). Сотрудники клиники неврозов Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством В. К. Мягер в 60-х годах всерьез занялись проблемой «семейной терапии». По данным исследователей, 80% всех неврозов имеют своим генезом семейные конфликты.

Исходя из того, что любое сексологическое заболевание является неврозом или неврозоподобным состоянием, мы считаем мужа и жену основным звеном семьи. В дальнейшем наше изложение психотерапии будет в основном исходить из работы с супружеской парой. Все сексуальные расстройства — парные заболевания, так как сама сексуальная функция является парной в физиологическом, психологическом и социальном смысле. Известно, что жены больных половыми расстройствами часто бывают невротичными, ригидными, претенциозно-истероидными и т. д., а

мужья женщин, имеющих сексуальные нарушения, — грубыми, чрезмерно робкими, стереотипно-монотонными.

**Психологическая совместимость супружеской пары.** Мы рассматриваем психологическую совместимость как динамическое понятие. Совместимость появляется не сразу (по нашим данным, через 1—3 года после брака). Кроме того, психологическая совместимость может быть парциальной (частичной). В формировании психологической совместимости супругов, наряду с осознанными отношениями и ценностями, играют роль половое поведение, набор ласк, в которых нуждается партнер, и набор ласк, который предлагается ему. Несовпадение ожидаемого и предлагаемого может иллюстрировать классификация психологических особенностей сексуальных партнеров, приведенная нами в главе 5.

**Концепция психотерапии сексуальных расстройств.** Оценивая сказанное, мы приходим к выводу о том, что психотерапия сексуальных расстройств — это комплексная психотерапия, которая охватывает сознательные и бессознательные уровни личности, систему взаимоотношений сексуальных партнеров, их биографии.

Ведущей стороной психотерапии является содержательная, семантическая сторона. Разнообразные приемы, техника психотерапии, иногда весьма, изощренная, являются вторичными, выполняющими задачу введения соответствующей информации в сознание больного и в его бессознательную сферу. Содержание психотерапии может быть выработано только после подробного клинико-психологического исследования больного. Таким образом, лучше всего начать с выслушивания больного, с чтения его записей, дневников, биографии и т. д.

**Процесс психотерапии.** Выслушивание больного («эксплорация» по В. Н. Мясищеву, «психотерапевтический анамнез» по К. И. Платонову) приводит к некоторому облегчению состояния больного (катарсису — отреагированию, уменьшению напряжения). Однако в данном случае важна и другая сторона — повторный «просмотр» больным своей жизни, оценка и лучшее осознавание сложившейся ситуации, повышение критического уровня при анализе своего сексуального поведения, а также особенностей взаимоотношений с сексуальным партнером. Постепенное развенчание максималистских требований в сексуальной деятельности, особенно у молодых партнеров, составляет важный

компонент психотерапевтической беседы. С. И. Консторум указывает на то, что нет ни одного мужчины, который в течение своей половой жизни не потерпел хотя бы одного фиаско. Мы считаем, что сексуальная функция может временно нарушаться, так же как нарушается функция желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной систем и т. д. Важно не создавать у больного представления о какой-то необычности и уникальности полового функционирования.

Ввиду крайне малой осведомленности большинства сексуальных партнеров об особенностях половой жизни («дефицит информации» по П. В. Сименову) значительное место в психотерапевтических беседах уделяется этим вопросам. Особенно важно правильное освещение вопроса об онанизме (Г. С. Васильченко, K. Imelinski), решительное развенчание «концепции» функциональной спинальной импотенции, обучение правильному проведению предварительного сексуального периода. По нашим данным, до 70% мужей не проводят развернутого предварительного периода ласк. Это приводит к большому числу сексуальных дисгармоний, аноргазмии женщины. Говоря о технике половой жизни, мы подчеркиваем необходимость знания ее основ, но указываем на то, что принципиальным положением является сочетание техники как формы воздействия с глубоко психологически обоснованным содержанием этих воздействий.

Половое возбуждение женщины в значительной степени зависит от содержательно-личностной стороны взаимоотношений партнеров в подготовительном периоде.

**Индивидуальная психотерапия.** Психотерапевтическая индивидуальная беседа обычно делится по своему содержанию на разъяснение, убеждение, обучение, воспитание и перевоспитание. Границы деления условны. В зависимости от активности врача, стиля его работы можно говорить о директивной и недирективной психотерапии. Мы не отдаем предпочтения ни одному из них.

Особенно важное значение имеет психотерапия супружеской пары. Отдельные беседы с мужем и женой показывают степень различия точек зрения супругов, а последующая совместная беседа дает возможность сблизить их взгляды. Это так называемая «стереоскопическая техника», так как проблемы супружеских отношений при всестороннем рассмотрении приобретают «глубину» и «объемность».

Иногда психотерапию супружеской пары проводят два врача — мужчина и женщина (кооперированная психотерапия) или врач и психолог.

**Внушение и убеждение.** Гипносуггестивная психотерапия за рубежом в первой половине XX века под влиянием психоанализа З. Фрейда была оттеснена на задний план, но примерно с конца 50-х годов вновь широко распространилась в Западной Европе (E. Kretschmer, D. Lange, B. Stokvis, L. Chertok et al.). В СССР плодотворное развитие гипносуггестивной терапии никогда не прерывалось (В. М. Бехтерев, Ю. В. Каннабих, К. И. Платонов, В. Е. Рожнов, В. И. Здравомыслов и др.). В настоящее время характер гипносуггестивной терапии определяется не столько особенностями ее техники, сколько содержанием. Если содержание направлено на смягчение или ликвидацию симптома, то такая терапия остается симптоматической. Если же содержание мотивированных внушений опирается на материал, полученный при анализе личности больного, механизмов развития симптомов (патогенез) и невротического конфликта, то такое мотивированное внушение в гипнозе становится одним из видов патогенетической психотерапии.

Содержание рациональной психотерапии многообразно. Следует постепенно привести женщину к твердому убеждению в том, что ее расстройство (фригидность, вагинизм, алгический синдром) психогенно. Большинство больных, обдумывая свою болезнь (концепция болезни), обычно ищут соматогенные ее причины. Другим распространенным явлением бывает фиксация внимания на местных ощущениях, что приводит к мысли о местных, локальных нарушениях. Таким образом, общая направленность убеждения должна идти от частного к общему, от соматогенного — к психогенному. Следующим моментом является убеждение больной в обратимости нарушения, в возможности полного восстановления той или иной функции, несмотря на длительный срок ее нарушения. Преодолевается также мнение об исключительности, сугубой индивидуальности того или иного расстройства.

Дальнейшая работа идет либо как аналитическая (интерпретирующая) психотерапия, либо как более поверхностное корригирующее воздействие. Необходимо также разъяснение техники половой жизни, особенно подготовительного периода, разъяснение необходимости обогащения всех периодов половой жизни (включая половой акт) лич-

ностными, психологическими воздействиями. Снимаются ложные представления о «недопустимости» обычных проявлений интимного общения, расширяется (по возможности) диапазон приемлемости женщины. Не так уж редко встречается и обратная задача — расширение диапазона приемлемости мужа, который может быть меньше, чем у жены.

**Самовнушение и аутогенная тренировка.** В 1966 году нами (С. С. Либих) были разработаны основы аутогенной тренировки для мужчин и женщин, страдающих сексуальными расстройствами.

Техника аутогенной тренировки включает в себя два момента: отчетливое представление определенного ощущения или состояния и мысленное произнесение лечебной формулы.

Мы добавляем к первому моменту следующее: не абстрактное представление, а индивидуально подобранное конкретное, опирающееся на жизненный опыт больного (например, при выработке упражнения «тепло в руке» — представление о теплой ванне, «солнечное сплетение стало теплым» — постепенное прохождение тепла по пищеводу в желудок, когда больной пьет горячий чай, ест суп и пр.).

Приводим типовые примерные упражнения.

Для мужчин:

а) *Первичная слабость эрекции.* Я совершенно спокоен, страха перед половым актом нет... Приятное тепло, приятная истома разливается по всему телу... Мышцы промежности напрягаются (расслабляются)... Член увеличивается, становится тяжелым и теплым... Кровь пульсирует сильно и часто...

б) *Преждевременная эякуляция.* Я совершенно спокоен... Прежние неудачи не волнуют меня... Возбуждение нарастает медленно и постепенно... Я без усилий отвлекаюсь... До конца еще далеко...

в) *Боли в половом члене или яичках.* Приятное тепло струится по животу вниз... Приятное тепло охватывает промежность... Мышцы таза расслабляются... Болей нет... Все ощущения приятны, они не беспокоят меня...

Для женщин:

а) *Половая холодность.* Приятная истома разливается по всему телу... Половой акт желателен... Половой акт необходим... Тепло охватывает влагалище... Мысли и заботы уходят далеко... Я довольна и счастлива...

б) *Вагинизм.* Легкая прохлада в области живота... Жи-

вот напрягается... Мышцы промежности расслабились*... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища расслабляются... Половой акт совершается безболезненно... Я совершенно спокойна во время сношения...

в) *Боли и нарушения менструаций.* Приятное тепло струится по животу... Приятное тепло охватывает промежность... Мышцы тела расслабляются... Болей нет... Менструации регулярны... Менструации безболезненные...

Кроме того, аутогенную тренировку применяют с целью смягчить или удалить сопутствующие или вызывающие сексуальное расстройство моменты.

Лечебная формула самовнушения строится в утвердительной форме («самоутверждение» по В. М. Бехтереву). Для лечения психогенных половых расстройств могут применяться следующие формулы: «Женщины любят меня», «Вместе с женщиной я чувствую себя свободно», «Я всегда знаю, что нужно говорить женщинам», «Я спокоен перед сношением», «Я уверен в своей потенции», «Эрекция не интересует меня», «Сношение доставляет мне удовольствие», «Женщине всегда приятно со мной», «После сношения мы оба счастливы» и т. д.

«Муж любит меня», «Я привлекательна», «Мне хорошо вместе с мужем» и т. д.

Подробная разработка метода аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств мужчин и женщин содержится в работах Н. В. Иванова (1966), В В. Андрианова (1968, 1974), Г. С. Беляева (1969, 1974), И. А. Копыловой (1969). В последнее время аутогенная тренировка для лечения сексуальных расстройств у женщин применяется Н. А. Михайловой и О. А. Медовниковой (1981).

**Эффективность психотерапии сексуальных расстройств** зависит от их клинической природы. Какой бы классификации не придерживался врач-сексопатолог, он должен выделять психогенные формы («мнимая импотенция» по Г. С. Васильченко, кратковременные психогенные реакции, системные сексуальные неврозы по И. М. Аптеру, В. Н. Мясищеву, сексуальные расстройства при общих неврозах), смешанные формы (по типу психосоматических заболеваний, с образованием «порочных психогенно-соматогенных кругов») и непсихогенные формы (включающие непсихогенные функциональные, например эндокринные, и органи-

* Напряжение мышц живота расслабляет мышцы промежности и влагалища.

ческие нарушения). Роль, объем и перспективы психотерапии при всех этих формах различны. По данным большинства авторов, в молодом и среднем возрасте число психогенных форм превышает больше половины (80%) всех сексуальных расстройств. В этом случае психотерапия является ведущим и, по сути дела, единственным методом лечения. Эффективность лечения высока, хотя она зависит от «почвы» (С. Г. Жислин), на которой происходит сексуальный срыв. Психопатические черты личности, соматическое неблагополучие, микросреда могут способствовать фиксации психогенного сексуального расстройства. Следует иметь в виду возможность истерических механизмов, когда сексуальное нарушение становится «условно приятным или желательным» для больного (А. М. Свядощ). При этом, анализируя патогенез заболевания следует выяснить бессознательную установку больной на продолжение сексуальной несостоятельности.

**Комплексное лечение.** Многие больные получают, кроме психотерапии, другие виды лечения: различные формы специальной гимнастики (мышц промежности, бедренных мышц и мышц брюшного пресса, коленно-локтевую дыхательную гимнастику и др.), различные виды гинекологического массажа. Гормональное лечение применяется ограниченно и строго по показаниям.

Мы категорически против шаблонного назначения фригидным женщинам эстрогенов, так как очень часто они имеют вполне достаточное количество женских половых гормонов и перенасыщение организма эстрогенами может оказать влияние на патологическую пролиферацию органов. Вообще гормонотерапию можно рекомендовать только после обследования «гормонального зеркала». Без этого исследования допустимо лечение эстрогенами лишь при выраженном инфантилизме (гипоовариизме), и то не в чистом виде, а чередуя пофазно: эстрогены в фазу пролиферации и прогестероновые препараты в секреторную фазу. В первой половине цикла мы назначаем эстрогены в виде таблеток синэстрола, стильбэстрола по 0,001 г (10 000 ЕД), диэтилстильбэстрола (20 000 ЕД) или внутримышечные инъекции по 1 мл 0,1% раствора фолликулина, синэстрола, стильбэстрола (10 000 ЕД) или эстрадиола дипропионата (20 000 ЕД). Во второй половине цикла мы назначаем прегнин в таблетках (2 таблетки 2—3 раза в день под язык) или внутримышечные инъекции 1 мл 5% раствора прогестерона.

Мужские половые гормоны (андрогены) резко повышают либидо у женщин, но предписывают их лишь при необходимости подавить имеющийся у женщин избыток женских гормонов. Назначают андрогены в виде таблеток метилтестостерона (по 0,005 г 2—3 раза в день под язык) или в виде внутримышечных инъекций по 1 мл 5% раствора тестостерона пропионата. При назначении тестостерона необходимо помнить о медленном выведении его шлаков из организма, поэтому, во избежание побочного действия, не рекомендуется принимать препарат длительное время подряд, а назначать через день или после 2 дней приема делать 2 дня перерыва.

Кроме того, андрогены противопоказаны женщинам с наклонностью к гирсутизму. Если в процессе лечения начнет появляться гирсутизм или грубеть голос, то андрогены необходимо отменить. В климактерическом возрасте хорошие результаты дает венгерский препарат амбосекс (по 1 ампуле один раз в месяц внутримышечно).

Из медикаментов мы рекомендуем применять общестимулирующие средства — настойки женьшеня, элеутерококка, китайского лимонника, а также пантокрин (вытяжка из рогов пятнистого оленя). При чрезмерном же половом возбуждении мы с успехом применяем таблетки монобромистой камфары (до 1,5—2,0 г, а иногда до 3,0 г в сутки), небольшие дозы малых транквилизаторов.

Надо предостеречь женщин от увлечения спринцеваниями крепким раствором марганца, так как последний дубит и сушит слизистую оболочку влагалища, что затрудняет любрикацию во время полового акта. При подмывании необходимо пользоваться мягким («Детским») мылом, так как обычное мыло может вызвать неприятные осложнения. Нельзя пользоваться дегтярным мылом.

Из курортных факторов используется грязелечение («трусики», влагалищные и ректальные тампоны), которые особенно показаны при наличии воспалительных и рубцовых процессов в параметрии. При наличии гипоовариального синдрома лучше пользоваться нарзанными или сероводородными ваннами и орошениями (по Ягунову), а также сероводородными микроклизмами (Сочи, Мацеста).

Из физиотерапевтических методов можно назначать влагалищную или ректальную диатермию, озокерит, парафин (аппликации и тампоны). Парафин с успехом применяют и в домашних условиях.

В некоторых случаях мы рекомендуем влагалищные

микроорошения при помощи маленькой резиновой груши (чтобы оросить всю полость влагалища, лучше на наконечник груши надеть мягкий женский резиновый катетер). Так, при сенильном кольпите мы рекомендуем спринцевания 1,5% раствором перекиси водорода (1 столовая ложка 3% раствора перекиси водорода и 1 столовая ложка кипяченой воды), а при III и IV степени чистоты влагалищной флоры, но при отсутствии трихомонад и гонококков назначаем спринцевания с молочной сывороткой (от простокваши). Палочки молочно-кислого брожения быстро размножаются во влагалище, и происходит его самоочищение.

**Эффективность комплексного лечения.** Основные данные об эффективности лечения различных видов сексуальных нарушений у женщин приводятся в соответствующих главах. Здесь мы укажем общую эффективность лечения у 635 больных женщин.

Эффективность лечения мы учитывали по четырем градациям: полное выздоровление, значительное улучшение, выраженное облегчение страдания; заметные сдвиги в сторону улучшения состояния, но основные жалобы, хотя и

*Таблица 19*

**Общая эффективность лечения при сексуальных расстройствах у женщин**

| Вид сексуальной патологии | Выздоровление | Значительное улучшение | Улучшение | Без перемен | Всего | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Первичная полная фригидность | 116 | 40 | 20 | 22 | 198 | 31,2 |
| Вторичная полная фригидность | 44 | 15 | 3 | 7 | 69 | 10,9 |
| Частичная фригидность | 72 | 21 | — | 5 | 98 | 15,5 |
| Функциональный болевой синдром | 92 | 20 | 6 | 10 | 128 | 20,2 |
| Вагинизм | 55 | 1 | 2 | 9 | 61 | 9,6 |
| Нимфомания | 20 | 8 | 2 | 2 | 32 | 5,0 |
| Чрезмерная мастурбация | 19 | 4 | 1 | — | 24 | 3,8 |
| Чрезмерные поллюции | 9 | 3 | — | 1 | 13 | 5,0 |
| Прочие расстройства | 6 | 1 | 1 | — | 8 | 1,2 |
| Перверсии и перверситеты | 3 | — | 1 | — | 4 | 0,5 |
| Всего | 436 | 113 | 36 | 50 | 635 | 100,0 |
| % | 68,6 | 17,8 | 5,6 | 8,0 | 100,0 | |

ослабленные, все еще остаются; «без перемен», когда облегчения страдания явно недостаточно или его нет совершенно. Возраст больных в основном 25—40 лет, но колебания — с 6 с половиной до 80 лет.

*Глава 9*

# ГИГИЕНА ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ. ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСГАРМОНИЙ

Сексуальные нарушения в браке в большом проценте наблюдений бывают в тех случаях, когда оба или хотя бы один из супругов совершенно незнаком с основами половой гигиены и психогигиены. Когда говорят о гигиене половой жизни, то подразумевают главным образом ее физиологическую сторону. Сохранение и укрепление психического здоровья в связи с психологическими проблемами сексуальных взаимоотношений составляет содержание сексуальной психогигиены. Изучение психических факторов, приводящих к сексуальным дисгармониям, их устранение, создание здоровых основ половой жизни являются содержанием психопрофилактики дисгармоний. Одним из первых этой проблеме посвятил свою монографию В. К. Андреев (1899). Очень многие его положения актуальны и сейчас.

В настоящей главе мы вкратце дадим современное состояние этой проблемы.

**Когда начинать половую жизнь.** Цель брака, полового содружества женщины и мужчины, главным образом заключается в воспроизведении потомства, создании новой самостоятельной семьи. Значит, самое первое условие — зрелость обоих супругов для создания такой семьи.

Женщина может забеременеть, как только в ее яичниках начнется овуляция, т. е. с приходом первых менструаций (в некоторых редких случаях женское яйцо может быть оплодотворено уже при первой овуляции до прихода месячных).

В медицинской литературе время от времени встречаются описания раннего созревания и даже беременности у девочек. Наибольший материал крайне ранних менструаций на первых месяцах и даже первых неделях жизни собран в докторской диссертации С. С. Жихарева. Описаны

случаи, когда девочки рождались уже с оволосением на лобке и под мышками и с сильно развитыми молочными железами.

Но даже регулярный цикл, способность забеременеть еще не говорят о том, что организм женщины готов к родам, хотя в редких случаях описаны роды и у девочек 8—9 лет. Для полного полового созревания важен не столько факт беременности и родов, сколько полное сознание значения половой жизни и функциональная полноценность организма молодой девушки, ее готовность к материнству.

A. V. Haller описал роды восьмилетней Анны Мументалер, менструировавшей со второго года жизни, забеременевшей и родившей 8-месячного ребенка. Она менструировала до 52 лет и умерла в 75-летнем возрасте.

Самой юной роженицей до 1939 года считалась 6-летняя Л. П., рожавшая в акушерско-гинекологической клинике Харьковского медицинского института. Случай описан профессором П. Х. Хашинским.

Л. П., 6 лет. Родилась 4. X. 1924 года, доношенная (вес 3500 г), от молодых родителей — мать и отец 22 лет. Развивалась первые годы жизни правильно. На втором году стала говорить и бегать. Ничем не болела и к четвертому году жизни ничем не отличалась от сверстниц. К концу четвертого года постепенно появились вторичные половые признаки: оволосение на лобке и характерная округлость телесных форм, резко увеличились молочные железы. Начались менструации с четырехнедельными промежутками, по 3—4 дня, умеренные, с небольшими болями перед ними. В последний год перед беременностью менструировала каждые 2 месяца.

Поступила в клинику 21. IV. 1931 года. Рост 126,5 см, вес 43,170 кг. Величина головы соответствует возрасту 15 лет. По росту соответствует 10 годам, по весу — 15. Пикничка. Блондинка. Растительность на лобке по женскому типу оволосения, светлая, до 6 см длиной. Под мышками и на конечностях никакого оволосения.

Размер таза: D. sp. — 22 см, D. cr. — 23 см, D. troch. — 25 см, Conj. est. — 16,5 см. Гимен цел, отверстие округлой формы, но свободно пропускает палец. При осмотре через лупу никаких следов повреждения не обнаружено. Влагалище укорочено, своды свободны, columane rugarum развиты слабо. Portio vaginalis цилиндрическо-конической формы, довольно большая, мягкая. Никаких выделений.

Роды решено было вести консервативно. Ребенка доносила нормально. Не было никаких ни субъективных, ни объективных отклонений. Рожала 2. VII. 1931 года довольно болезненно. В родах пропало сердцебиение плода (предлежание пуповины). Диагональная конъюгата 10,5 см. Роды закончены перфорацией головки. Плод женского пола, весом 3000 г, длиной 50 см. Послеродовой период протекал гладко.

Ретроспективно мы можем высказать мнение о том, что, учитывая все аспекты ситуации, мы предпочли бы закончить роды кесаревым сечением (В. И. Здравомыслов).

В 1939 году в парижской La presse medical появились

две заметки профессора Escomel из Лимы (Перу) о беременности еще более юной, пятилетней девочки. Лина Медина родилась 27 сентября 1933 года. С трех лет начала менструировать, а с четырех лет у нее появилась растительность на лобке.

В начале апреля Лина была доставлена в Лимский госпиталь с объемистым тумором брюшной полости. Последние менструации 7,5 месяца тому назад. При обследовании было прослушано сердцебиение плода и констатирована беременность. 13 мая 1939 года доктор G. Lozada произвел операцию кесарева сечения и получил живого ребенка весом 2700 г.

Случаи таких ранних родов крайне редки не только потому, что чрезмерно ранняя половая жизнь наблюдается редко, но еще и потому, что первое время после начала менструаций у девочки часто бывает ановуляторный цикл и беременность обычно наступает через несколько лет после начала половой жизни.

Правильные менструации, наступившие у девушки, знаменуют собой начало периода полового созревания, нормального развития ее полового аппарата, но отнюдь, не указывают на возможность начала половой жизни и выполнения ее главной биологической функции — деторождения. Организм продолжает расти, развивается, формируется скелет, главным образом кости таза, размеры которого имеют решающее значение для правильного развития родов.

В нашей практике (В. И. Здравомыслов) самой юной роженице было 13 лет. Приведем это наблюдение.

Т. Х., 13 лет, школьница. 13.XI. 1940 года на прием в женскую консультацию санитарка морга привела свою тринадцатилетнюю дочь, которая жаловалась на боли в пахах и увеличение живота. Девочка довольно крупная, с хорошо развитыми молочными железами, на вид ей можно дать не менее 15 лет. Менструирует с 11 лет, нерегулярно, срока последней менструации не помнит. При осмотре констатирована нормальная беременность сроком 32—33 недели. Наружная конъюгата 18,5 см. Девочка стала посещать занятия по физиопсихопрофилактической подготовке к родам.

За месяц до родов была госпитализирована в отделение патологии беременности. Ребенка доносила хорошо. Родила благополучно, довольно быстро, девочку весом 3000 г.

Послеродовой период протекал гладко.

Однако даже наступления полной анатомической зрелости еще не достаточно для создания семьи, образование которой накладывает на обоих супругов большие обязанности.

Такая социальная зрелость наступает лишь к 20—21 году, но в это время молодежь в основном еще продолжает учение и семейные заботы могут серьезно ее затормозить. Поэтому лучше создавать семью, когда учение закончено, по крайней мере одним из будущих супругов. На этой рекомендации сейчас сходится большинство как наших, так и зарубежных сексологов.

Многие юноши и девушки, особенно дети обеспеченных родителей, перекладывают материальные заботы своей семьи на плечи своих родных, что порождает черты иждивенчества, социальную пассивность. Большинство сексологов и социологов считают, что создавать семью нужно не ранее 22—25 лет для мужчины и 19—22 лет для женщины.

С другой стороны, нехороши и поздние браки. Брак для мужчины в 30—35 лет не сказывается отрицательно, за исключением того, что к этому времени большинство мужчин уже имели несколько случайных связей, а следовательно, подвергались опасности заражения венерическими болезнями.

Поздний же брак для женщины ведет к более поздним первым родам, что с физиологической точки зрения нежелательно. Для первых родов самое лучшее время — 20—25 лет. К 30 годам ткани влагалища и промежности становятся менее эластичными и роды чаще имеют различные осложнения. Акушеры таких женщин уже называют «старыми первородящими».

В большинстве стран брачный возраст утверждается в законодательном порядке. В разных странах он колеблется в довольно большом диапазоне. Большую роль играют климатические условия, нравы, обычаи, социальные условия и отношение общества к воспитанию молодежи. Почти во всех странах брачный возраст для мужчин несколько выше, чем для женщин.

Во всех республиках СССР, в европейских социалистических странах и во Франции юноша может вступить в брак с 18 лет, в Англии, Испании и Италии — в 16, в Китае и ДРВ — в 20, в ФРГ — в 21 год. В США брачный возраст для мужчин в разных штатах колеблется от 15 до 21 года.

Для женщин во всех республиках СССР (кроме Украины и Узбекистана), в Болгарии, Венгрии, ГДР, Чехословакии, а также в Китае и ДРВ установлен 18-летний брачный возраст. На Украине и в Узбекистане, а также в Греции девушки выходят замуж по достижении 17 лет, в

Англии, ФРГ и Румынии — 16, во Франции — 15, в Австрии и Италии — 14, в Испании и ряде стран Центральной и Южной Америки — 12 лет. В США брачный возраст для женщин в различных штатах колеблется от 14 до 18 лет.

Приведенные возрастные цензы для вступающих в брак соответствуют приблизительно 1970—1971 годам. За последние же 5 лет усилиями женских организаций ООН в ряде стран были приняты новые законы, а минимальный возраст женщины, вступающей в брак, был повышен на 2—4 года. В отношении же мужского возраста на фоне общего повышения в ряде стран он снижен с 20—21 года до 18—19 лет (Австрия, ФРГ, Колумбия).

*Таблица 20*

**Изменения, внесенные с 1970 года в законы о минимальном возрасте вступления в брак**

| Страна | Предыдущие нормы | | Последние нормы | | Дата последнего закона |
|---|---|---|---|---|---|
| | женщины | мужчины | женщины | мужчины | |
| Австрия | 14 | 21 | 19 | 19 | 1973 |
| Индия | 15 | 18 | 18 | 21 | 1976 |
| Индонезия * | 15 | 18 | 16 | 19 | 1974 |
| Иран | 15 | 18 | 18 | 20 | 1974 |
| Ирландия * | 12 | 14 | 16 | 16 | 1974 |
| Италия | 14 | 16 | 18 | 18 | 1975 |
| Колумбия | 18 | 21 | 18 | 18 | 1974 |
| Куба | — | — | 16 | 18 | 1975 |
| Малайзия ** | — | — | 18 | 18 | 1975 |
| Непал | 14 | 16 | 16 | 18 | 1975 |
| Танзания | — | — | 15 | 18 | 1974 |
| Франция | 15 | 18 | 18 | 18 | 1974 |
| ФРГ | 16 | 21 | 18 | 18 | 1975 |

* С согласия родителей, когда вступающим в брак нет 21 года.
** Исключая исповедующих ислам.

Согласно советскому законодательству, половая связь с девушкой, которой не исполнилось 16 лет, считается уголовным преступлением (ст. 119 УК РСФСР, ст. 105 УК Казахской ССР).

В начале 30-х годов, согласно нашей анкете (1325 женщин), начало половой (в основном брачной) жизни соответствовало 20,55 года. Как же обстоит дело сейчас?

Большое число молодых людей начинают половую жизнь до брака. Так, в 1966 году U. Sprafke (ГДР) опросил 254 юношей и девушек, не достигших 18-летнего возраста, об их интимной жизни. Картина получилась достаточно сложной: оказалось, что девушки начинают половую жизнь раньше юношей. У девушек средний возраст начала половой жизни в пределах 15,18 лет, у юношей — 15,87 лет. Более 50% девушек начали половую жизнь до 15 лет, тогда как среди юношей этот процент равнялся только 30. При этом оказалось, что способность к длительному партнерству тем меньше, чем раньше началась половая жизнь.

Очевидно, такие же сдвиги произошли не только в ГДР, но и во многих других странах. Мы все же настоятельно советуем молодежи по возможности воздерживаться от половой жизни до брачного возраста.

**Гигиена половой жизни.** С древних времен у многих народов женщина во время менструаций считалась «нечистой» и половые сношения в это время строго запрещались. По иудейским законам мужчина, имевший половое общение с менструирующей женщиной, предавался смерти вместе со своей «соучастницей». Согласно Талмуду, по закону Niddash-Ritus (Cohn M., Theilhaber Z. A., Krupnik B.) женщина считалась «нечистой» пять менструальных дней (независимо от продолжительности менструации) плюс еще 7 дней, т. е. в общей сложности 12 дней. Интересно, что эти 12 дней, на которые Niddash-Ritus в глубокой древности было наложено «табу», совпадают с эстрогенной фазой (стадия десквамации и пролиферации) менструального цикла.

J. Nathanson (1954) считает эту фазу особенно канцерогенно чувствительной и предполагает, что некоторое увеличение заболеваемостью раком шейки матки у жительниц Израиля за последние годы объясняется тем, что после опубликования работ Кнауса и Огино они стали не так строго соблюдать указанный ритуал.

Женщина считалась «нечистой» не только во время нормальных менструаций — «Niddash», но и во время кровянистых выделений вне менструации — «Saw» (Kremel Jonas). Для того чтобы полностью убедиться, что кровянистые выделения после менструации прекратились, существовали еще так называемые «белые дни», когда жена

стелет чистое белье, чтобы любое кровяное пятнышко было видно. Талмуд дает даже подробное наставление, как отличить на белье пятно, выделенное из влагалища, от пятна, полученного при раздавливании клопа (Annales de Gyn., 1876, VI, p. 370).

После полного окончания ритуального срока женщина должна обязательно пройти омовение в особом водоеме емкостью 486 литров — микве (Krengel G.). Правила этого омовения строго соблюдались и регулировались особым регламентом, состоящим из 10 глав (Kohn J. P.).

Такое же омовение должна была проделать женщина и после родов. Это омовение как бы приравнивается к крещению у христиан, и дитя, родившееся от матери, не совершившей омовения, признавалось незаконным.

Менструирующая женщина считалась «нечистой» не только у евреев, но и у большинства других народов Азии. Так, Geinger в своей монографии по иранской культуре пишет, что по древнему закону Авеста (Avesta) женщина считалась «нечистой» на все время менструаций, которые ей разрешалось иметь от 3 до 9 дней. Если менструации затягивались дольше 9 дней, женщина наказывалась ударами плетей, проходила различные очистительные церемонии, а затем изолировалась в особое место, к которому люди не должны были приближаться ближе трех шагов. Эту же тему освещает в своей книге «Les Iranies» M. Zojtane. По закону Зороастра (Иран), если муж был близок с женой во время регул, он наказывался 200 ударами ремнем и платил большой денежный штраф.

P. Mantegazza в своей монографии «L'amour dans l'humanité» сообщает о том, что Коран запрещал мужчине не только коитус во время менструации и в течение восьми дней после нее, но даже прикосновение к женщине в это время от колен до пояса. Коран предписывал женщинам после каждой менструации «очистительные омовения» с головы до ног. Такое же «очищение» должна совершить и родильница немедленно после родов. С. П. Юшкевич так описывает этот обряд: «Обессиленная, еще кровоточащая женщина становится в большой медный таз, соседки поливают ее водой, и она моет тело, даже голову, чтобы «очиститься». Коран предписывал такое же омовение женщинам и мужчинам непосредственно после каждого полового акта. Со временем подмываться стали не сразу после коитуса, а утром, и многие стали обмывать только наружные половые органы.

Это бесспорно рациональное предписание имеет и свои отрицательные стороны:

1) юноши и девушки не решаются ходить в баню или принимать душ, чтобы старшее поколение не заподозрило их в половой жизни;

2) если мусульмане летом, особенно в жаркую погоду, еще купаются в водоемах, то зимою многие ограничиваются только этими «очистительными обмываниями».

Коран предписывал обмывание ануса или наружных половых органов после каждой дефекации или мочеиспускания. Для этой цели в каждом дворе на видном месте выставлялся небольшой кувшин — кумган, который всякий отправляющийся в уборную берет с собою, чтобы там же на месте совершить туалет. Это же подмывание проделывает и родильница, даже еще лежа в кровати.

По Krieger, в Китае менструирующие женщины должны были употреблять специальные бумажные прокладки, которые потом обязательно сжигались. В Японии запрещаются во время месячных половые сношения, вход в храм и молитвы. По решению Собора в Никее менструирующая женщина-христианка не имела права входить в церковь и причащаться.

В наши дни необходимость полового воздержания во время регул считается общеизвестной. Так, Menge в своем руководстве по гинекологии пишет: «Вряд ли заслуживает особого упоминания то, что по гигиеническим и эстетическим соображениям следует во время месячных воздерживаться от половых сношений».

В действительности же в этом отношении еще многое предстоит сделать, так как половые сношения во время менструации еще часто имеют место и вызывают серьезные заболевания и у женщин, и у мужчин. Канал шейки матки закрытый в обычное время слизистой пробкой, во время менструации зияет, и в полость матки могут попасть возбудители инфекции. Кроме того, половой акт обычно вызывает чрезмерный прилив крови к половым органам, что неизбежно влечет длительное и обильное кровотечение.

Менструальная кровь даже здоровой женщины, попадая во время полового акта в мочеиспускательный канал мужчины, может вызвать раздражение и даже воспаление слизистой оболочки (катаральный уретрит), названный H. Rohleder «менструальным уретритом». Вместе с менструальной кровью в мочеиспускательный канал мужчины могут попасть микробы, находившиеся ранее в глубоких

слоях слизистой оболочки матки, и вызвать развитие воспалительного процесса.

Известны случаи, когда у женщины, перенесшей много лет назад гонорею, при менструации вместе с обрывками слизистой оболочки матки из глубины базального слоя эндометрия выходили и гонококки. Женщина, живя ряд лет гигиенической половой жизнью, считала себя уже совершенно здоровой, а при половом сношении во время менструации заражала мужа гонореей. Дремавшие долгое время гонококки, пройдя пассажем через мужа, обретали новую вирулентность и, попав обратно к своей «хозяйке», вызывали у нее уже острую гонорею. Такие случаи получичили название «семейной гонореи».

Таким образом, ясно, что негигиеничность половой жизни имеет колоссальное значение в этиологии воспалительных процессов половой сферы как женщины, так и мужчины.

Это побудило нас (В. И. Здравомыслов) опубликовать схему гигиеничности половой жизни (СМ — coitus menses): СМ-I женщины, никогда не живущие половой жизнью во время регул; СМ-II — имеющие половой акт во время регул только изредка; СМ-III — не делающие различия между менструальным и межменструальным периодом; СМ-IV — предпочитающие коитус во время менструации.

При сборе анамнеза наших больных выяснилось, что наиболее гигиеничную (СМ-I) половую жизнь вели менее 60% пациенток, но и этот процент, очевидно, явился несколько преувеличенным. Так, из опрошенных 1000 женщин СМ-I был только у 567 (56,7%) пациенток, СМ-II — у 258 (25,8%), СМ-III — у 136 (13,6%) и СМ-IV — у 39 женщин (3,9%).

Необходимо учитывать, что часто больные, стесняясь своей негигиеничной половой жизни, дают умышленно искаженные сведения. Имея высокую степень СМ, они утверждают, что либо никогда не живут половой жизнью во время менструации, либо в крайнем случае живут изредка. Указывая причины, заставляющие женщину вести негигиеничный образ жизни (СМ-III), пациентки отмечали главным образом три момента: 1) незнание того, что половая жизнь во время менструации вредна; 2) нежелание мужа считаться с состоянием жены; 3) характер работы мужа или самой женщины, выражающийся в частых командировках.

Частой причиной, побуждающей женщину предпочитать

коитус во время менструации, было желание получить оргазм или уменьшить менструальную боль. Некоторые бесплодные женщины по совету подруг специально имели половые сношения во время менструации с целью забеременеть. Были случаи, когда такие советы давали акушерки и даже врачи. Это явилось следствием ошибочной теории Kossmann, рекомендовавшего своим пациенткам для облегчения оплодотворения коитус во время менструального кровотечения.

В некоторых случаях женщины уступали по настоянию мужей, у которых вид и запах менструальной крови вызывал эрекцию (очевидно, здесь имел место садистический компонент).

К сожалению, наряду с установившимся мнением о безусловном вреде полового акта во время менструального кровотечения раздаются голоса сексологов (W. Masters и V. Johnson), считающих такой коитус непротивопоказанным. Больше того, часть женщин, сотрудничавших в их программе, снимали боль и неприятные ощущения во время менструации мастурбационным актом.

Получение при сборе анамнеза данных о СМ как до заболевания, так и после начала заболевания характеризует половую жизнь женщин, а в некоторых случаях помогает выявить этиологию заболевания.

Большинство женщин (из 1000 наших больных 806), даже заболев, не меняют своего стереотипа семейной жизни. Из остальных 194 пациенток 152 после начала заболевания стали соблюдать гигиену половой жизни, а 42 женщины, заболев, стали жить менее гигиенично. Очевидно, в ряде случаев эта негигиеничность и явилась этиологическим фактором гинекологического заболевания.

Еще В. К. Андреев отмечал, что усиление полового влечения во время менструального периода часто ведет к нарушению половой гигиены, женщины чаще заболевают воспалительными процессами, следствием которых является бесплодие.

По данным наших исследований, с повышением степени СМ увеличивается процент как первичного, так и вторичного бесплодия, резко возрастает число воспалительных процессов. Все это наглядно доказывает вред половых сношений во время менструаций.

Как видно из табл. 21, с повышением степени от СМ-I до СМ-IV процент как первичного, так и вторичного бесплодия постепенно увеличивается более чем вдвое (с 38,2

до 79,5%), а число женщин, способных к деторождению, падает втрое (до 20,5%).

*Таблица 21*

**Влияние степени гигиеничности половой жизни на бесплодие женщины**

| | CM I | CM-II | CM-III | CM-IV | Всего |
|---|---|---|---|---|---|
| Первичное бесплодие | 62 (10,9%) | 53 (20,5%) | 28 (20,5%) | 9 (23,1%) | 152 |
| Вторичное бесплодие | 158 (27,9%) | 86 (33,3%) | 64 (47,1%) | 22 (56,4%) | 330 |
| Итого: | 220 (38,8%) | 139 (53,8%) | 92 (67,6%) | 31 (79,5%) | 482 |
| Способность к деторождению не нарушена | 347 (61,2%) | 119 (46,2%) | 44 (32,4%) | 8 (20,5%) | 518 |
| Всего: | 567 | 258 | 136 | 39 | 1000 |

Большой удельный вес высоких степеней СМ указывает на необходимость усиления санитарно-просветительной работы в области половой гигиены. За последние годы значительно возросло количество литературы по вопросам брака как у нас, так и за рубежом. Это заметно сказалось на гигиеничности семейной жизни. Так, в 60-х годах процент женщин, имеющих, по их словам, СМ-I, возрос до 70,5 (главным образом за счет снижения высоких степеней СМ: СМ-II — 24%, СМ-III — 5% и СМ-IV — только 0,5%).

**Менограмма здоровой женщины.** Ввиду того что книга предназначена не только для гинекологов, но и для врачей других специальностей, мы считаем необходимым кратко напомнить особенности менструального цикла здоровой женщины и относящуюся к нему терминологию.

Menarche — первые менструации — начинаются в 12—15 лет, в среднем в 12 лет 9 месяцев. Наступление менструации раньше 11 лет — pubertas praecox, позже 16 лет — pubertas tarda (infantilismus).

Менструальный цикл — промежуток времени от 1-го дня менструации до 1-го дня следующей менструации. В норме он равен 28 дням, но индивидуально может быть несколько короче — 26—24—21 день (антепонирующий цикл) или несколько длиннее — 30—33—35 дней (постпонирующий

цикл) Менструальный цикл короче 21 дня — пройоменорея, длиннее 35 дней — опсоменорея. Очень редкие менструации — один раз в несколько месяцев — факультативная аменорея. Очень длительное отсутствие менструации — стойкая аменорея. Стойкая старческая аменорея — менопауза. Переходное время к менопаузе — климакс.

Первым днем менструального цикла считают первый день менструального кровотечения, последним — канун следующей менструации.

Продолжительность менструации в норме 3—5 дней. Короче трех дней — олигоменорея, длиннее пяти дней — полименорея.

Количество теряемой крови в норме 50—150 мл за всю менструацию. Потеря менее 50 мл — гипоменорея, более 150 мл — гиперменорея.

Встречаются различные комбинации этих основных нарушений. Например, гипоолигоменорея, гиперполименорея, гипополименорея и пр.

Весь менструальный период принято делить на несколько фаз. Первая, эстрогенная фаза, или фаза пролиферации, — от последнего дня менструации до овуляции, затем следует овуляция (за 13—15 дней до следующей менструации), после которой наступает вторая фаза — секреторная, или прогестероновая, длящаяся около 14 дней, и фаза десквамации (менструальное кровотечение), которая и является заключительной. Первый день менструального кровотечения считают первым днем цикла.

Мы привели нормативы и отклонения, при которых, конечно, необходимо обращаться к врачу. Чтобы каждая женщина знала, правильно ли протекает у нее менструальный цикл, ей необходимо вести свой менструальный календарь.

**Менструальный календарь и правила его заполнения.** Каждой женщине необходимо иметь и регулярно заполнять свой менструальный календарь, предъявляя его врачу-гинекологу при посещении женской консультации. Желательно, чтобы мать начинала вести менструальный календарь девочки с момента появления у нее первой менструации. Регулярное заполнение менструального календаря необходимо для сохранения здоровья женщины.

Приблизительно зная, в какие числа следующего месяца начнутся менструации, женщина может заранее предусмотреть, когда ей нужно избегать излишней физической нагрузки, которая может вредно отразиться на состоянии

ее здоровья (спортивные состязания, тяжелые физические упражнения, особенно связанные с нагрузкой на поясничную область: прыжки, езда на велосипеде или верхом, длительные ходьба и бег, подъем тяжестей, мытье полов).

Менструальный календарь позволяет более точно определить срок беременности, вычислить день предполагаемых родов, уточнить дату дородового отпуска. Систематически заполненный менструальный календарь поможет врачу женской консультации правильнее установить срок беременности, чтобы избежать ошибок при определении срока дородового отпуска.

Календарь необходим и для своевременного выявления гинекологических заболеваний. Нарушение привычного для женщины менструального цикла в сторону удлинения или сокращения межменструального периода, изменение продолжительности менструации или количества теряемой крови часто являются первыми симптомами заболеваний, связанных с нарушением функции желез внутренней секреции — яичника, гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, а также некоторых гинекологических заболеваний (фибромиома матки, рак матки и др.).

Анализ соответствующих записей в календаре поможет врачу своевременно выявить причину этих нарушений и обнаружить заболевание в самом начале. Это особенно важно при распознавании злокачественных опухолей.

Как заполнять менструальный календарь? Каждый день месяца в календаре имеет свой столбик, состоящий из пяти расположенных одна над другой клеток. Для удобства и быстрого нахождения клетки соответствующего дня каждые пять дней отделены более жирной чертой. При очень скудных кровянистых выделениях (мазня) зачеркивается только одна клетка в столбике соответствующего дня, при скудных выделениях (до 2—3 чайных ложек в день) заполняют две клетки, при умеренных — три, при обильных — четыре и при сильном кровотечении — все пять клеток.

Помимо менструаций, которые отмечают обычно красным карандашом, в календаре можно отмечать ненормальные выделения (бели), боли, лечебные мероприятия и др. Обычно на необходимость таких записей указывает врач женской консультации.

Если появление внеочередных кровянистых выделений было вызвано какой-либо причиной, например, половым сношением или физической нагрузкой, то женщина должна

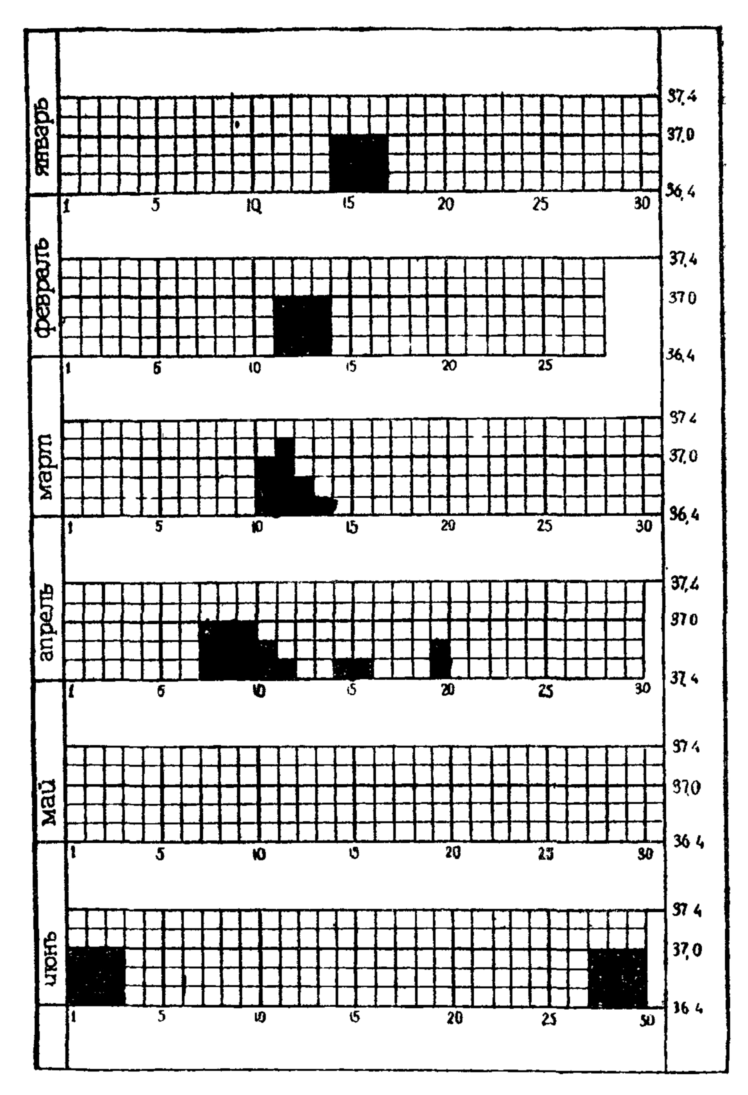



Рис. 9. Менограмма больной А. с полипом шейки матки.

сделать специальную отметку в сетке (условными знаками) или на полях.

**Натуральный или физиологический метод предупреждения беременности.** Этот метод был разработан одновре-

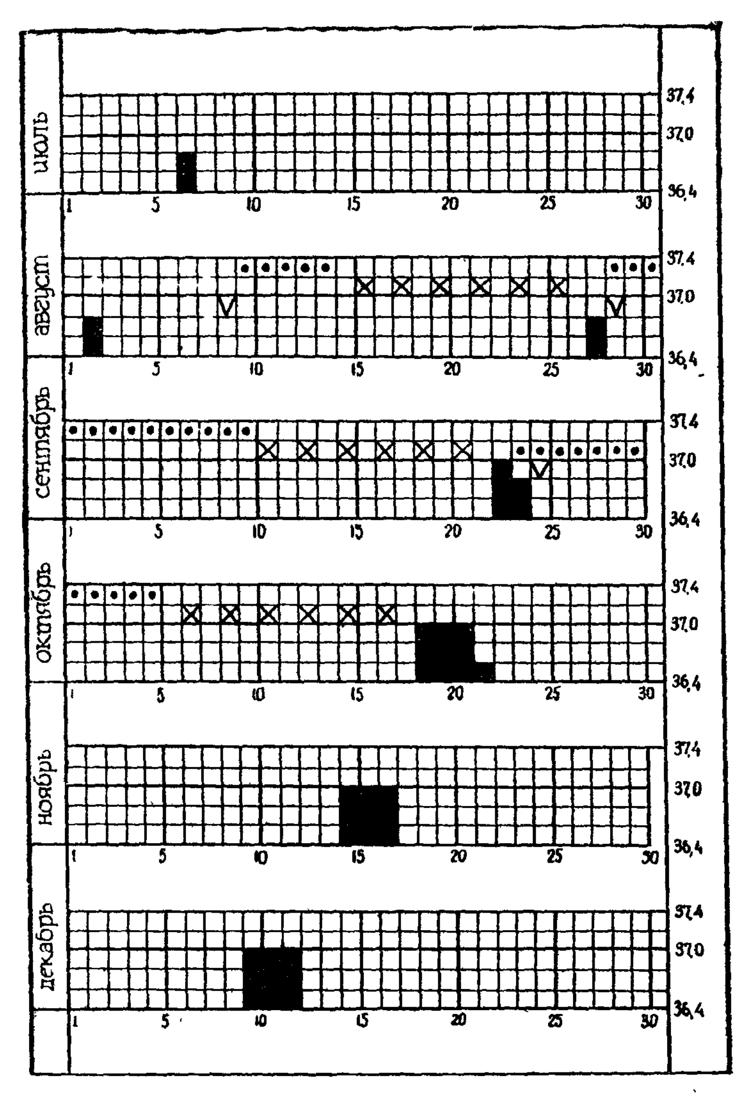



Рис. 10. Менограмма больной Н. с гипофункцией яичников и гипоаменореей.
V — прием синэстрола; X — инъекция прогестерона.

менно и независимо друг от друга профессором Пражского университета H. Knaus и японским врачом Ogino. Было

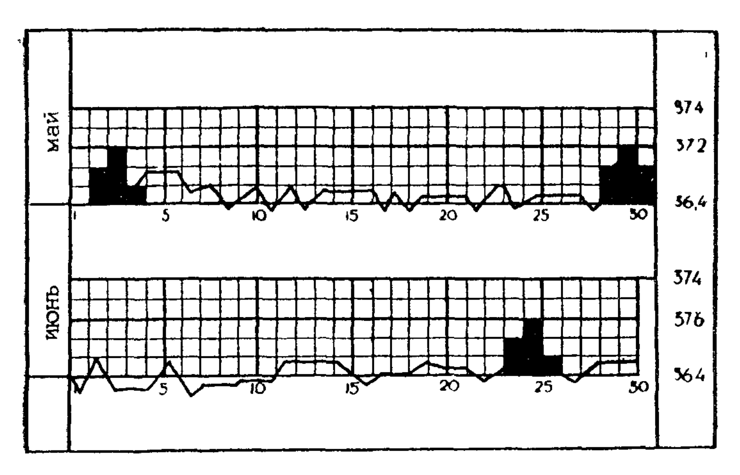



Рис. 11. Менограмма и базальная температура при ановуляторном цикле.

Кривая монотонная, отсутствует прогестероновый подъем.

установлено, что у каждой женщины имеются дни, наиболее благоприятные для зачатия. Эти дни совпадают по времени с периодом овуляции, выходом женского яйца из яичника в брюшную полость. В остальные дни менструального цикла возможность зачатия снижается.

Овуляция обычно происходит за 12—16, чаще за 14 дней до начала следующей менструации. Женское яйцо, вышедщее из яичника, может быть оплодотворено лишь в течение нескольких часов. В противоположность этому мужские половые клетки (сперматозоиды) сохраняют свою жизнеспособность и способность к оплодотворению в половых путях женщины в течение 2—3 дней. Таким образом, сперматозоиды, проникнув в маточные трубы за несколько дней до овуляции, могут «подождать» выхода женского яйца из яичника.

Систематически заполняя свой менструальный календарь, женщина или врач-гинеколог, к которому она обратилась, сможет вычислить продолжительность менструального цикла, а затем и наиболее благоприятные дни для зачатия.

H. Knaus (1950, 1955) полагает, что определение овуляции и периода возможного зачатия уже не биологическая, а математическая задача.

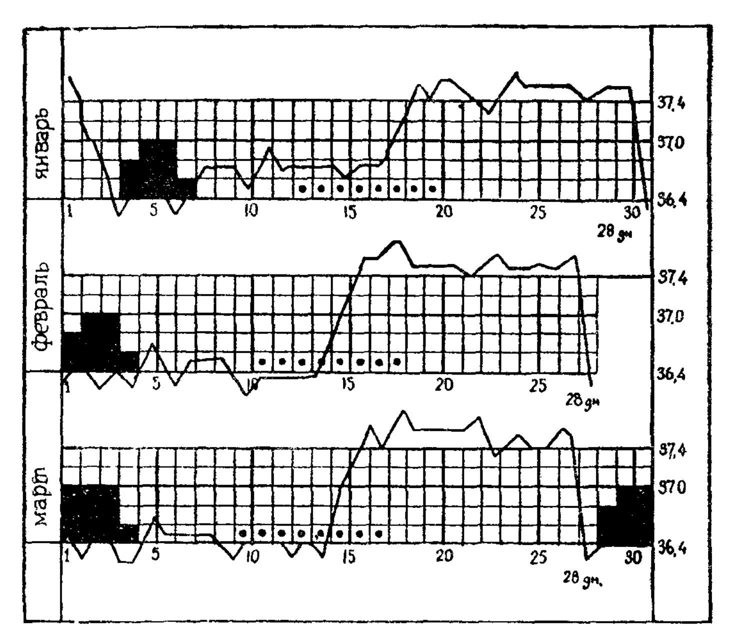



Рис. 12. Менограмма и базальная температура при идеальном 28-дневном цикле.

Наиболее благоприятный для зачатия период с 10-го по 17-й день менструального цикла, считая от первого дня последней менструации.

Фактически же овуляция под влиянием различных причин стрессового характера (психическая травма, испуг, гнев, радость и другие нервно-психические факторы) может произойти несколько раньше или позже, удлинив или укоротив таким образом менструальный цикл.

Ввиду такого возможного колебания длительности менструального цикла у некоторых женщин во избежание ошибок для подсчета рекомендуется пользоваться менструальным календарем, заполненным в течение не менее 10—12 месяцев. Дополнительно срок овуляции можно определять одним из многочисленных предложенных методов. Перечисление этих методов не входит в нашу задачу.

Мы приведем здесь лишь самый простой, не требующий лабораторных исследований метод, заключающийся в систематическом измерении самой женщиной ректальной (базальной) температуры.

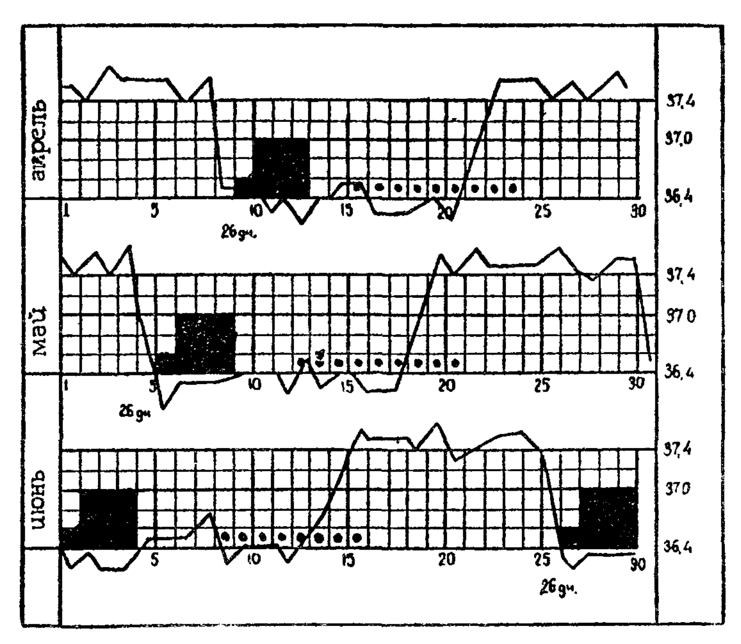



Рис. 13. Менограмма и базальная температура при 26-дневном цикле.

Наиболее благоприятный для зачатия период — с 8-го по 15-й день менструального цикла, считая от первого дня последней менструации.

T. H. van de Velde еще в 1924 году впервые заметил что температура тела женщины в первой половине менструального цикла несколько ниже, чем во второй, G. K. Döring (1957), M. Sladek и P. E. Drac (1959) доказали, что подъем базальной температуры происходит в среднем через 2 дня после овуляции. G. Döderlein и G. Mestwerdt (1958) в своей «Акушерско-гинекологической пропедевтике» объясняют повышение ректальной температуры присутствием прогестерона, который вызывает расширение сосудистых капилляров. Следовательно, при ановуляторном цикле кривая базальной температуры будет выглядеть монотонно (рис. 11).

Ректальную температуру измеряют каждое утро в одно и то же время, одним и тем же термометром и сразу же записывают или вычерчивают в календаре.

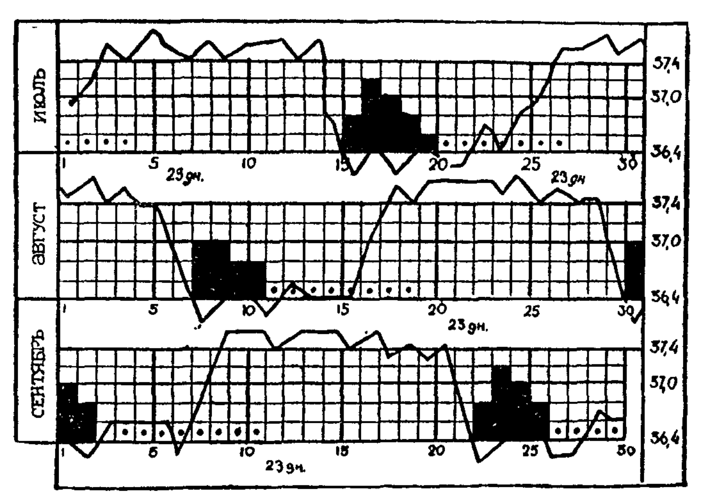



Рис. 14. Менограмма и базальная температура при 23-дневном цикле.

Наиболее благоприятный для зачатия период — с 5-го по 12-й день менструального цикла. Первый неблагоприятный для зачатия период отсутствует.

Крайне «темпераментным» женщинам рекомендовать этот способ нельзя, так как при бурном и страстном коитусе может произойти внеочередная овуляция.

Сравнительно легко вычислить наиболее благоприятные для зачатия дни (на рис. 12 они отмечены точками) при нормальном менструальном цикле. Так, при появлении менструаций каждые 28 дней наиболее благоприятным для зачатия будет период с 10-го по 17-й день менструального цикла (рис. 12), при 26-дневном цикле — с 8-го по 15-й день (рис. 13).

При еще более коротком менструальном цикле первый неблагоприятный для зачатия период отсутствует, поэтому при 21—24-дневном цикле женщина может забеременеть сразу же после окончания менструации.

При 23-дневном цикле наиболее благоприятные дни для зачатия — с 5-го по 12-й. При более длительном менструальном цикле, наоборот, первый неблагоприятный для зачатия период будет удлиняться: при 30-дневном цикле он будет продолжаться по 11-й день цикла (рис. 15), а при 35-дневном — по 16-й день (рис. 16).

В случае колебания продолжительности менструального цикла (например, менструации иногда начинаются то на

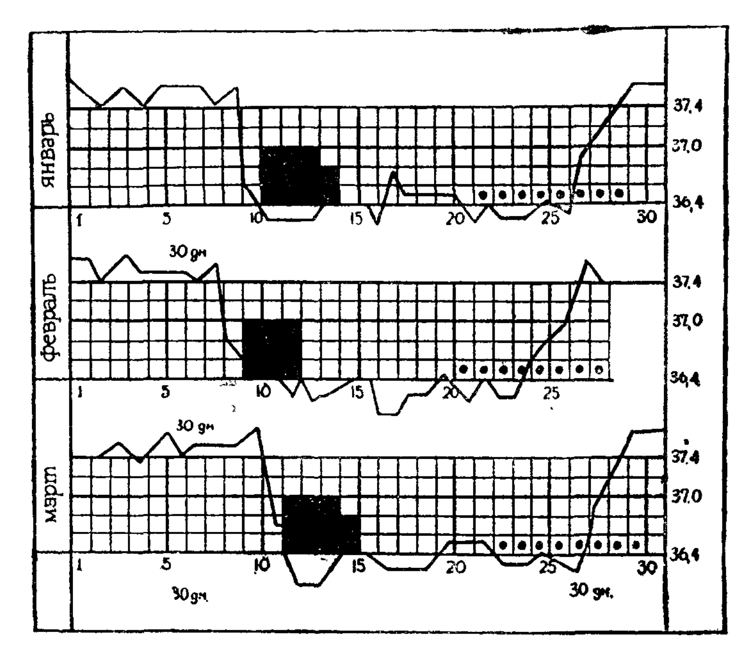



Рис. 15. Менограмма и базальная температура при постпонирующем 30-дневном цикле.

**Первый неблагоприятный для зачатия период продолжается по 11-й день менструального цикла.**

два дня раньше, то на два дня позже) для определения первого дня детородного периода принимают во внимание самый короткий цикл, а для определения последнего дня детородного периода — самый продолжительный. В этом случае благоприятные для зачатия дни — с 8-го по 19-й (рис. 17).

Само собой разумеется, что при нерегулярном цикле, имеющем большие колебания между двумя смежными менструациями, разбираемый нами физиологический способ предохранения от беременности не может быть применен.

Подводя итог сказанному, необходимо подчеркнуть, что наименьшая возможность наступления беременности приходится на последние дни перед очередной менструацией и на первые дни после ее окончания.

В остальные дни менструального цикла следует пользоваться противозачаточными средствами. Физиологическим

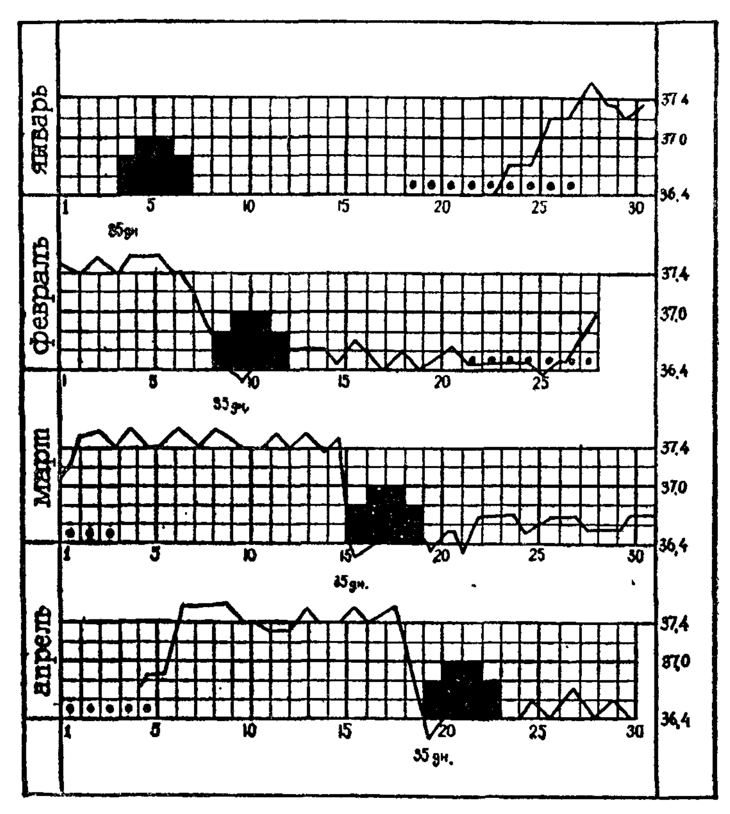



Рис. 16. Менограмма и базальная температура при постпонирующем 35-дневном цикле.

Наиболее благоприятный для зачатия период начинается только с 17-го дня менструального цикла.

методом могут пользоваться и женщины, желающие забеременеть, высчитав дни, повышающие возможность зачатия.

Физиологический метод предупреждения беременности дает возможность супругам хотя бы временно вести половую жизнь без искусственных противозачаточных средств.

**Половая жизнь во время беременности и в послеродовом периоде.** Первые 1,5—2 месяца беременная матка крайне возбудима и половой акт может спровоцировать самопроизвольный выкидыш. Первобеременным и женщи-

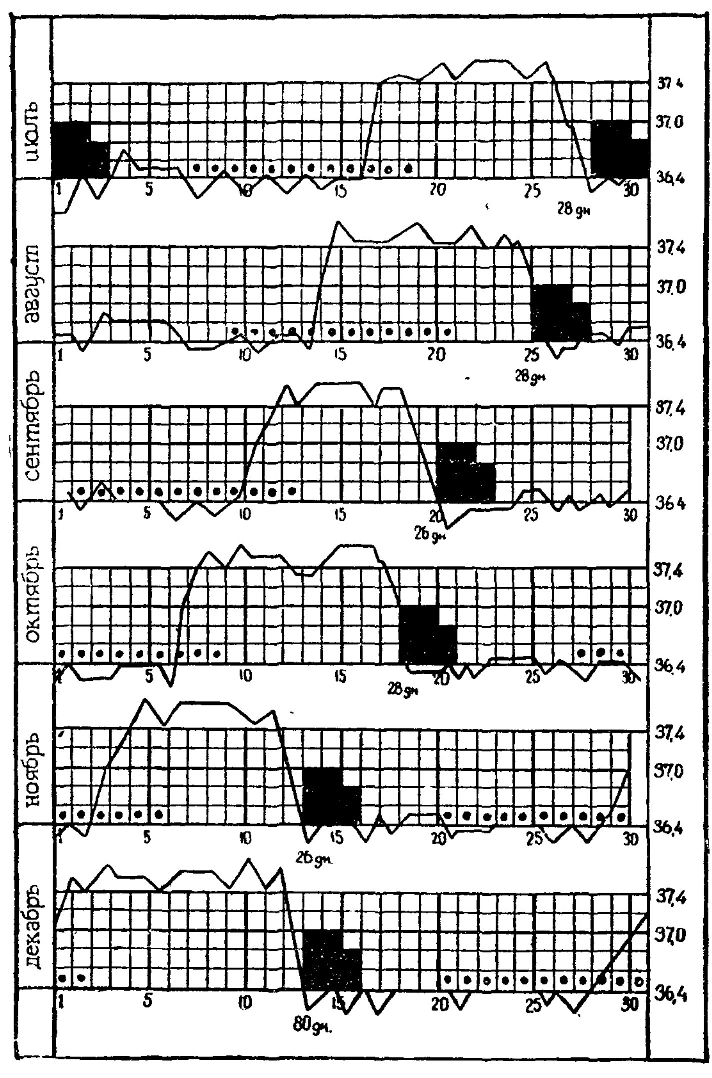



Рис. 17. Менограмма и базальная температура при 26—30-дневном менструальном цикле.

Наиболее благоприятный для зачатия период — с 8-го по 19-й день менструального цикла.

нам, имеющим в анамнезе выкидыши, в это время следует вообще воздержаться от половой близости.

Еще более опасными надо считать последние 2 месяца беременности. За 8 недель до родов нужно вообще отказаться от половой жизни, так как это может привести к различным осложнениям.

К сожалению, очень многие мужья не учитывают этого обстоятельства и настаивают на продолжении половой жизни почти до самых родов. Многих женщин очень беспокоит этот период временного воздержания, и они, хотя и знают о грозящей им опасности, боясь измены мужей, идут на уступки.

В этом отношении интересны наблюдения P. Pystynem и S. Nummi, которые только в течение двух лет (1971—1972) обследовали в своей клинике 1821 беременную, поступившую как с регулярными схватками, так и с различными осложнениями (разрыв плодного пузыря, кровотечение и пр.). Из этого числа 1470 женщин имели почти закончившуюся беременность (38—42 недели) и 351 — симптомы преждевременных родов (32—37 недель).

Всех женщин опрашивали о сроке последнего коитуса, а затем при помощи зеркал брали содержимое цервикального канала или заднего свода влагалища. Мазки окрашивались по методу Papanicolaou и исследовались на присутствие сперматозоидов.

Из 1470 женщин с почти завершенной беременностью сперматозоиды были обнаружены у 159 (10,8%) пациенток. В группе же с угрозой преждевременных родов (351) сперматозоиды были обнаружены у 113 женщин (32,2%) и не обнаружены у 238. Прерывание беременности наступало почти вдвое чаще (59,3—32,8%) в тех случаях, когда сперматозоиды были найдены.

Это, бесспорно, свидетельствует об опасности половых сношений в последние два месяца беременности. Интересно, что данные анамнеза значительно расходятся с данными микроскопического исследования.

Из табл. 22 видно, что из 1470 женщин с завершающейся беременностью 53, по их словам, имели коитус в день поступления в клинику (3,8%). В группе преждевременных родов этот процент достигает 12,8 (45 из 351 пациентки). В течение последних 72 часов коитус имели 9,6% женщин с завершенной беременностью и 28,2% пациенток с преждевременными родами.

Фактически эти цифры значительно занижены, так как

*Таблица 22*

**Время последнего коитуса перед поступлением в клинику**

| | Менее 24 часов | Менее 72 часов | От 4 до 14 дней | От 15 дней до 1 мес. | От 1 до 3 мес. | От 4 до 6 мес. | Более 6 мес. | Ни одного коитуса за всю беременность | Всего |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Женщины, поступившие с симптомами преждевременных родов | 45 (43)* | 44 (36) | 68 (16) | 103 (10) | 60 (7) | 22 (1) | 8 (—) | 1 (—) | 351 |
| Женщины с завершенной беременностью | 53 (49) | 88 (63) | 282 (11) | 291 (6) | 412 (18) | 258 (10) | 68 (2) | 18 (—) | 1470 |

* В скобках положительные находки сперматозоидов.

сперматозоиды в мазках были найдены и после нескольких месяцев «отсутствия» половой жизни. Очевидно, часть женщин дала ложные показания.

По данным W. Masters и V. Johnson, матка в конце беременности реагирует на половой акт тоническим спазмом, длящимся до одной минуты, да и заключительная фаза (полная детумесценция) у таких беременных затягивается иногда очень надолго (до 15 минут у первородящих и 30—40 минут у повторнородящих). Иногда наблюдается очень длительная остаточная вазоконгестия. У плода в таких случаях авторы наблюдали транзиторную брадикардию.

Об этом же свидетельствуют и более поздние наблюдения R. C. Goodlin, W. Smidt и D. C. Greevy (1972), которые также отметили значительное напряжение матки и резкое изменение ритмичности и скорости сердечных сокращений плода во время оргазма матери.

В отношении опасности позднего коитуса еще более убедительная картина представлена в работе М. С. Карпачевского. За три года автор опросил о времени последнего коитуса 9840 рожениц, из которых только 2986 указали тот или иной срок. Остальные 6854 роженицы (почти 70%) «не помнили»! Бесспорно, что большинство (если не все) «не-

помнящих» имели поздний коитус, но стеснялись сказать об этом.

Из 2986 опрошенных соблюдали, по их словам, двухмесячное воздержание только 1184 женщины (менее 40%, а по отношению к общему числу только около 12%); 808 рожениц (27%) имели последний коитус от 2 месяцев до 2 недель, 391 — от недели до двух недель, 381 — в последнюю неделю, 175 — последние 3 дня и, наконец, 126 (4,2%) женщин имели его накануне родов.

Но возможностью преждевременных родов опасность позднего коитуса не исчерпывается. Еще большая опасность кроется в возможности возникновения инфекции и осложнений в послеродовом периоде. К таким же выводам приходят Г. Г. Вентковский, Г. Г. Гентер, В. В. Строганов, В. В. Любимова и многие другие исследователи. На большом клиническом материале Г. Л. Дозорцева (500 рожениц) и М. С. Карпачевский (9840 рожениц) показали, что чем ближе был последний коитус к сроку родов, тем больше процент инфицированных больных. Из трех случаев послеродового сепсиса (два из них окончились летально) две женщины имели коитус накануне, а одна — за 8 дней до родов.

Все это, с одной стороны, говорит о несомненной опасности половых сношений в последние месяцы беременности, а с другой стороны, ярко свидетельствует о том, что большинство женщин не соблюдают 8-недельного предродового воздержания, и эта проблема требует усиления воспитательной работы в женских консультациях.

**Половая жизнь в послеродовом и послеабортном периодах.** После родов в течение 1,5—2 месяцев во избежание инфекции также необходимо полное воздержание от половой жизни, а весь период лактации необходимо тщательно предохраняться от беременности. Около половины всех кормящих матерей не имеют менструаций, но могут в это время забеременеть.

После аборта необходимо воздерживаться от половой жизни до следующей менструации.

**Канцерогенность смегмы.** Вопросу канцерогенности смегмы (сальной смазки, скапливающейся в мешочке крайней плоти, закрывающей головку пениса) посвящен ряд диссертаций. Эта проблема обсуждалась на Международном онкологическом конгрессе и в ВОЗ.

Исследованием канцерогенности смегмы занимались Sampoerno (1927), A. L. Wolbarst (1932), A. L. Dean (1935),

а из советских авторов И. М. Райцман (1938). A. L. Wolbarst, проанализировав 1103 случая рака пениса в США, обнаружил, что ни в одном случае не было произведено обрезания.

М. В. Валеев и А. Л. Фрумкин, посвятившие свои кандидатские диссертации раку полового члена, в анамнезе почти всех своих больных находили фимоз, способствующий задержке смегмы в препуциальном мешочке, который, бесспорно, невозможен у «обрезанных» мужчин. Передаваемая во время полового акта женщине смегма «необрезанного» мужа может быть одним из канцерогенных факторов в развитии рака шейки матки.

Хотя нам и встретились отдельные случаи рака шейки матки у девушек, еще не живших половой жизнью, и даже у маленьких девочек, надо признать, что у женщин, не живущих половой жизнью, рак шейки матки встречается крайне редко, чего нельзя сказать о раке тела матки.

В этом отношении интересны работы ряда авторов, обследовавших большое число монахинь, никогда не живших половой жизнью. Так, P. Gagnon, обследовавший 13 000 монахинь, хотя и обнаружил довольно большое число как доброкачественных, так и злокачественных опухолей, ни разу не диагностировал рака шейки матки. G. Schmomig на вскрытии умерших монахинь в 16 случаях обнаружил рак гениталий, из них в 11 — тела матки и в 5 — яичников, но ни одного случая рака шейки матки. R. Fischer за 20 лет работы в монастыре, а Gagnon за 25 лет такой работы ни разу не встретились с раком шейки матки.

Ж. Кмет и М. Штуцин на VIII Международном противораковом конгрессе сделали интересный доклад «Обрезание и рак шейки матки в Македонии (Югославия)». По их данным, у мусульманок, имеющих «обрезанных» мужей, рак шейки матки встретился в 2,8% случаев, а у христианок — в 8,1%. Исследователи связывали этот показатель с наличием у «необрезанных» мужей смегмы.

Очень показательны сравнительные данные о заболеваемости раком шейки матки в Аджарской АССР, проанализированные Л. И. Чарквиани (1964). По его данным, у мусульманок показатель рака шейки матки 4,2 на 100 000 женского населения, а у русских — 27,8, т. е. почти в 7 раз выше.

По данным W. Ober и L. Reiner, в Бостонском еврейском госпитале за 25 лет (1928—1953) находилось на лечении 86 214 женщин, из них 76,1% евреек и 23,9% жен-

щин других национальностей. За это время рак шейки матки был диагностирован у 78 женщин, из них евреек было всего 22,8%, т. е. они заболевали в 10 раз реже по сравнению с прочими.

Таким образом, жены «обрезанных» мужей страдают раком шейки матки реже, чем жены «необрезанных».

Естественно, что, признав смегму канцерогенной клинически, исследователи пытались установить это и экспериментально. В 1947 году Plaut с сотрудниками удалось доказать канцерогенность смегмы жеребцов. Наконец, в 1956 году H. R. Pratt-Thomas первым сумел доказать канцерогенность человеческой смегмы на большом количестве мышей, а в 1963 году Reddy D. J. своим трехлетним исследованием на мышах-альбиносах подтвердил выводы Pratt-Thomas.

Под руководством Л. И. Чарквиани и при консультации академика АМН СССР Л. М. Шабада в Тбилисском научно-исследовательском онкологическом институте был проведен эксперимент на 233 белых крысах. Изучалась человеческая и лошадиная смегма, которую вводили посредством чревосечения в рога матки белых крыс. Смегма разбавлялась персиковым маслом (человеческая 1 : 1, лошадиная 1 : 2). Оба вида смегмы оказали выраженный канцерогенный эффект. Лошадиная смегма вызвала инвазивный рак с метастазами в 5,8% наблюдений, а человеческая — в 4,9%. В контрольной группе белых крыс, которым вводили только масло без смегмы, были обнаружены только воспалительные явления и ни одного случая злокачественной опухоли.

По мнению ряда авторов (H. R. Pratt-Thomas, Henry C. Helins с соавт. и др.), в канцерогенности смегмы не последнюю роль играют и часто находящиеся в ней особые бактерии (mycobacterium smegmatis), которые способствуют превращению холестерола смегмы в канцероген.

Таким образом, канцерогенность смегмы можно считать доказанной как клинически, так и экспериментально. Эту же точку зрения разделяют J. Rojel (1953), H. R. Pratt-Thomas, H. C. Heins, E. Letham (1956), Вирджиния Мишнун (1970), И. К. Янувшевский (1971) и многие другие исследователи.

Некоторые авторы (Sampoerno, 1927; И. М. Райцман, 1938; М. В. Валеев, 1963) считали смегму настолько канцерогенной, что в целях профилактики рака пениса и шейки матки рекомендовали производить обрезание всем муж-

чинам. Такая точка зрения широко распространена во многих странах. Так, по данным W. H. Masters и V. E. Johnson (1966), из большого количества находящихся под их наблюдением взрослых мужчин только 11% были не обрезаны. Эта тенденция распространилась на Англию, Австралию и другие страны. В Германии ее поддерживали Lange, Diets, Mitarb, Trinks, Hofmeisters, Saitmacher.

Обрезание — древний обычай. Он был известен в Египте еще за 3000 лет до нашей эры (F. Fleck и M. Fleck, 1974). Указание о ритуальном обрезании евреев имеется в Библии (книга Бытия, 17, 10). Производится эта процедура на 8-й день после рождения ребенка при помощи чеканного серебряного инструмента, так называемого «Lyra». Делаются 1—2 надреза, препуциум оттягивается и острым ножом отрезается. У магометан этот ритуал производится мальчикам от 3 до 14 лет.

У некоторых африканских племен обрезание производят непосредственно перед свадьбой. Половой член скальпируется полным удалением крайней плоти. Ритуал является испытанием мужества и происходит в присутствии невесты и целого племени. Жених не должен показать себя трусом перед невестой и вождями племени. Если он достойно перенесет процедуру, то услышит из уст возлюбленной решение: «Этого льва я хочу иметь своим мужем, никого другого!» (E. Gerlach, E. Glasse).

Широкое распространение обрезания новорожденных под предлогом профилактики рака шейки матки и пениса не могло не встретить сопротивления противников поголовного обрезания младенцев (в основном педиатров, которые выдвигали на первое место в этой проблеме не оперативное вмешательство, а соблюдение половой гигиены).

В Австралии против поголовного обрезания в 1971 году выступило Австралийское научное общество врачей-педиатров. В США в 1968 году со статьей «The Repe of the Phallus» в защиту новорожденных выступил W. M. C. Morgan, а также S. Greenblatt. В Германии за широкую пропаганду половой гигиены высказались педиатры Harch (1969) и A. Pfefferkorn (1872—1974).

Мы также считаем требование всеобщего обрезания чрезмерным. По нашему мнению, достаточно каждому необрезанному мужчине производить ежедневные обмывания полового члена, особенно перед половой близостью. Об этом нельзя забывать при сексологической санитарно-просветительной работе. Надо рекомендовать женщинам при-

учать своих необрезанных мужей к подобным процедурам.

Мы согласны с мнением многих педиатров и педагогов, считающих, что прививать навыки половой гигиены надо не взрослым людям, а юношам и даже мальчикам (B. Kulcev et al.). В ряде школ ГДР и Чехословакии уже проводится систематическое сексолого-гигиеническое воспитание учащихся 1—10-х классов, но это мероприятие, конечно, только тогда будет эффективно, когда, встретив поддержку общественности и органов народного просвещения, получит широкое распространение.

A. Pfefferkorn считает, что сексуальное воспитание должно начинаться в возрасте 6—7 лет, а матери должны регулярно обращать внимание на состояние крайней плоти маленьких детей.

**Половая жизнь и алкоголь.** Одним из важнейших причинных факторов, вызывающих половые расстройства, является алкоголизм. Особенно губительно алкоголь действует на организм женщины. Систематическое пьянство ослабляет половую функцию, притупляет ощущение оргазма, ведет к фригидности и нарушениям менструального цикла, пагубно действует на половые железы.

Потеря половой способности ведет к разладам, ссорам между супругами, а нередко и к распаду семьи. Брак у пьющей женщины разрушается быстрее и чаще, чем брак, в котором алкоголиком является муж (В. М. Воловик, 1965, 1966).

Алкоголизм, являясь одной из самых частых причин разводов, не только часто ведет к распаду семьи, но крайне губительно влияет на потомство» (И. И. Лукомский, 1967; Е. Ходаков, 1972).

Дети, рожденные в семьях алкоголиков, наиболее восприимчивы к болезням и склонны к малокровию, они резко отстают как в физическом, так, особенно, в психическом развитии. Алкоголь задерживает нормальный рост тела и умственное развитие ребенка. Не только привычное пьянство родителей, но даже случайное опьянение во время зачатия вредно сказывается на потомстве, поэтому ни под каким видом не следует допускать зачатия в состоянии опьянения хотя бы одного из родителей. «Дети воскресенья», т. е. зачатые в период воскресного (праздничного) алкогольного опьянения, предрасположены к нервным и психическим заболеваниям, так как алкоголь в первую очередь нарушает самые сложные процессы, происходящие в коре головного мозга. У таких детей нередко наблюда-

ется олигофрения и гидроцефалия. Еще С. С. Корсаков писал: «Половые сношения, могущие повести к зачатию в состоянии опьянения одного из родителей, грозят потомству непоправимым вредом», а Зирт считал коитус в пьяном виде преступлением против потомства.

Даже небольшие разовые дозы алкоголя у женщины ведут к торможению критического отношения к своим поступкам. Женщины, употребляющие алкоголь, к тому же легче идут на случайные связи, чаще заболевают венерическими болезнями.

Одной из особенностей воздействия алкоголя на женский организм является быстрое привыкание к повторным приемам, к развитию алкоголизма. Е. П. Соколова, указывая на наиболее частые причины хронического алкоголизма у женщин, отмечает сложность бытовых условий, стойкие психические травмы, ситуационные и интимные конфликты, семейный разлад, скуку, одиночество. Этого же мнения придерживаются И. Н. Пятницкая, Ж. П. Ланграид и И. В. Стрельчук.

Особенно отрицательно алкоголь сказывается на половой сфере женщин. У «выпивающих» женщин часто развивается стойкая фригидность (Левин, В. Д. Машуровская, Э. С. Фельдман, П. С. Хассанов, Curran J. H., Wall и др.). Прежде всего страдает менструальный цикл — у одних женщин это выражается в развитии дисфункциональных маточных кровотечений (по В. Г. Лунину, в 59% наблюдений), у других — в резком подавлении полового цикла, вплоть до аменореи (R. Krafft-Ebing, Magnan, Ikard, В. П. Сербский, А. А. Портнов, Л. М. Литвак, Е. Д. Свет-Молдавская, В. Г. Лунин и др.).

Отмечается более раннее наступление климакса и установление менопаузы (Н. Н. Оганова, Н. В. Удинцова-Попова, М. В. Романова, G. Lolli и др.). По данным Н. Н. Огановой, у женщин, страдающих алкоголизмом, климакс часто наступает в 35—42 года.

У пьющих женщин резко снижается фертильная способность, они труднее беременеют (С. С. Корсаков, 1887; В. Г. Лунин), у них чаще наблюдаются тяжелые токсикозы беременности, выкидыши, преждевременные роды и очень высокая перинатальная детская смертность (Л. С. Персиянинов, А. Н. Молохов, G. Lolli и др.).

Так, по данным З. М. Болотовой и Л. А. Богдановой (1974), у женщин, страдающих алкоголизмом, осложнения беременности бывают в 28% случаев, процент недоношен-

ных детей доходит до 34, а мертворождаемости — до 25. По статистике В. Г. Лунина (1972), у пьющих женщин внематочная беременность диагностируется в 30 раз (!) чаще, чем у непьющих.

Потребность в очередном приеме алкоголя у пьющих женщин выражена более сильно в первую половину менструального цикла, чем во вторую (Л. М. Литвак, 1964). В. Г. Лунин (1972) считает, что во время беременности потребность в алкоголе несколько снижается. Предположительно это можно объяснить тем, что во второй половине менструального цикла, так же как и во время беременности, в организме женщины много прогестерона.

Алкоголь очень легко проходит через плаценту в организм плода, поэтому прием даже небольших его доз во время беременности категорически запрещается. Также легко алкоголь переходит и в молоко кормящей матери. Психиатры уже давно отметили, что оба эти момента могут вызвать у ребенка с раннего детства предрасположение к психическим заболеваниям (С. С. Корсаков, 1887).

**Половая жизнь и табакокурение.** Гораздо чаще чем алкоголем, женщины злоупотребляют курением табака. Уже давно известен вред табакокурения. Никотин оказывает токсическое действие на нервную систему, а табачный дым — на весь организм вообще и в особенности на легкие.

Никотин вначале повышает возбудимость коры головного мозга, вызывая кратковременное небольшое нервное возбуждение. Курильщику кажется, что голова работает лучше, но проходит несколько минут — и наступает фаза угнетения, требуется новая доза, новая сигарета. Так развивается привычка, в результате которой наступает расстройство нервной системы, слабеет память, развивается астения, падает работоспособность.

Кроме основного яда — никотина, в табачном дыме обнаружено не менее ядовитое вещество — радиоактивный полоний-210, который, попадая в организм курильщика, постепенно там накапливается и в конце концов может привести к раку легких, языка, губ. Оно неблагоприятно сказывается на потенции. По данным ВОЗ, рак любого органа, «благодаря» полонию-210, встречается у курильщиков во много раз чаще, чем у некурящих. При ВОЗ создан специальный Комитет экспертов, разрабатывающий рекомендации по борьбе с курением. XXIII сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1970 году приняла специальную резолюцию о влиянии курения на здоровье человека.

Это обстоятельство вынудило некоторые государства принять ряд превентивных мер. Так, в Советском Союзе, Швеции и США запрещена реклама табака. В США принят закон, карающий штрафом в 1000 долларов или годом тюремного заключения за курение в общественных местах. В СССР запрещено курение на всех видах транспорта, в общественных местах, запрещена продажа табачных изделий несовершеннолетним. В Швеции разработан законопроект превращения Швеции в течение 25 лет в «страну некурящих».

Л. Н. Толстой писал, что одна из основных причин начала курения у мальчиков — желание казаться более взрослым, чувствовать себя мужчиной.

Девушки и женщины чаще всего начинают курить, подражая мужчинам. В дальнейшем, с одной стороны, у них возникает привычка к курению, а с другой, как писал A. Elster, курение отвлекает женщину от сексуальной сферы, заменяя тоску по сексуальным переживаниям одурманивающим действием табачного яда. Таким образом, снижая сексуальность, табакокурение является как бы ее заменителем.

A. Elster отмечает, что, наряду со снижением сексуальности при табакокурении, работницы табачных фабрик часто ведут усиленную и раннюю половую жизнь. Это явление автор объясняет раздражением гениталий табачной пылью.

Сексологи давно отметили, что табакокурение резко снижает потенцию мужчин. Л. Я. Якобзон считал, что в 11% всех случаев импотенция объясняется чрезмерным курением. П. И. Ковалевский не брался за лечение импотенции, пока пациент не бросал курить. По его мнению, одно прекращение курения часто восстанавливает потенцию.

Одними из первых поднявших вопрос о вредном влиянии табака на половую жизнь женщины были R. Hofstätter (1924) и Alexander Elster (1926). R. Hofstätter посвятил этому вопросу специальную монографию.

Токсическое действие никотина на гипоталамус (S. Battocchi, E. Marcelli) нарушает овариально-менструальный цикл и другие биологические процессы, происходящие в организме женщины.

Необходимо отметить, что курящая женщина теряет свою женственность, становится мужеподобной, ее голос грубеет, от нее пахнет табаком, а табачный запах изо рта женщин при поцелуе может отрицательно сказываться на

половой жизни, резко снижая половое влечение, особенно у некурящих мужчин.

Особенно вредно сказывается курение на беременной женщине и на ее будущем ребенке.

Всем известно, что плацента является своеобразным биологическим барьером и концентрация любого медикамента, принимаемого беременной, в крови плода обычно ниже, чем в крови матери. Никотин же является печальным исключением: экспериментальными работами K. Suzuki, T. Horiguchi, A. C. Cohas-Urretia, E. Mueller-Heubach, H. O. Morisshima, K. Adamsons (1974) доказано, что никотин очень легко проникает через плацентарный барьер в организм плода, а выводится гораздо медленнее, чем из материнского. Это ведет к тому, что очень быстро концентрация никотина в крови плода становится даже выше, чем у самой курящей женщины. Это можно объяснить тем, что никотин, полученный плодом, может выделяться только в околоплодные воды, а из них через кожу плода опять попадает ему же в кровь. Отмечается также высокая концентрация никотина в поджелудочной железе, сердце, почках, стенках желудка и в селезенке плода.

Никотин вызывает некрозы базальной части децидуальной оболочки (A. Spira et al.), что увеличивает частоту спонтанных абортов, осложнений родов и неонатальной детской смертности (J. Klein et al.). Выжившие дети менее полноценны и физически и психически, чем у некурящих матерей, и к 6,5 года показывают ухудшение психологических тестов (H. G. Dann et al.).

D. Ruch, обработав свои статистические наблюдения здоровых курящих беременных, пришел к выводу, что они прибавляют в весе значительно меньше, чем некурящие. При этом прибавка в весе обратно пропорциональна числу выкуриваемых в день сигарет. Вес новорожденных у курящих матерей также был меньше, чем у некурящих.

«Британский журнал профилактической и социальной медицины» опубликовал результаты обследования 2000 рожениц, проведенного английским профессором Чарльзом Расселом. Никотин значительно ухудшал внутриутробное развитие плода. У курящих беременных значительно чаще были выкидыши и преждевременные роды. Дети у них чаще рождались психически неполноценными. Смертность новорожденных у курящих матерей на 20—25% выше, чем у некурящих. Процент смертности новорожденных увеличивается с интенсивностью курения матери.

Никотин легко всасывается, проникает в организм не только через легкие, но и через слизистые оболочки и даже через неповрежденную кожу. Следовательно, курящий наносит вред не только своему здоровью, но и всем находящимся с ним в одном помещении.

Никотин также легко передается ребенку с молоком матери. Необходимо отметить, что плоду и новорожденному приносит вред не только курение самой матери, но и табачный дым при курении мужа и других родственников. Поэтому категорически запрещается курить в помещении, где находится беременная, кормящая мать или младенец. Будущему отцу лучше всего вообще бросить курить или, в крайнем случае, курить в специальном месте.

Женщины, желающие иметь здоровых детей и жить полноценной половой жизнью, должны и сами отказаться от курения, и заставить бросить курить своих мужей.

В Ленинграде Ю. А. Поворинский в свое время с большим успехом применял при курении как индивидуальную, так и групповую психотерапию. Конечно, психотерапия является одним из самых мощных методов. Нам (В. И. Здравомыслов) часто удавалось вызвать полное отвращение к табаку несколькими, а иногда 1—2 сеансами внушения в гипнозе.

Врачи, не владеющие гипнозом, могут прописать своим пациентам простой, но верный рецепт:

Pri. Sd. Argenti nitrici 0,25% — 400,0.
Полоскать рот 5—6 раз в день в течение 10 дней.

Курить во время лечения не запрещается. Каждое полоскание действует 2—3 часа. Если в это время закурить, то никотин, вступая в химическую реакцию с небольшими остатками ляписа на деснах и языке, вытесняет серебро — получается микродоза азотно-кислого никотина. Курение неприятно, курильщик откладывает сигарету. Через некоторое время привычка берет свое, но чем больше попыток закурить, тем скорее вырабатывается отрицательный условный рефлекс. Обычно уже через 3—4 дня человек отказывается от курения. Но полоскания рекомендуется продолжать все 10 дней, потому что бросившего уже курить могут угостить сигаретой, а если нет подкрепления, рефлекс может сорваться. Через 10 дней организм уже перестает требовать новую порцию никотина.

Этим средством нам (В. И. Здравомыслов) удалось отучить более 1000 человек санаторных больных и даже це-

лые учреждения. В настоящее время все исследователи признают необходимость сочетания психотерапии с медикаментозным лечением, а внутри психотерапевтического комплекса — необходимость сочетания индивидуальной и групповой психотерапии.

Большинство авторов склоняются к групповой психотерапии как ведущему методу лечения табакокурения. А. Г. Стойко рекомендовал проводить три психотерапевтические лекции (в 1-й, 2-й и 6-й дни лечения). Именно в это время наиболее вероятно, по его мнению, возникновение рецидива. А. Г. Стойко считал необходимым, чтобы курильщик бросил курить сразу после первой же лекции. Мы разделяем это мнение.

С. С. Либих пользуется микстурой с пилокарпином (по А. М. Рапопорту).

Pilocarpini hydrochlorici 0,05
Aquae distillatae 200,0
MDS. По 1 ложке 3—4 раза в день.

В зависимости от типа никотинной абстиненции (сонливость, вялость, адинамия или бессонница, раздражительность, возбуждение) А. М. Рапопорт рекомендовал добавлять в эту микстуру в первом случае кофеин, во втором — бромиды, кодеин.

Хорошие результаты дает и болгарский препарат «Табекс».

**Вес тела и сексуальная жизнь. Весовые категории.** Некоторые женщины курят для того, чтобы сохранить хорошую фигуру. Но это слишком дорогая цена. Значительно полезнее заняться спортом, ограничить себя в питании.

Основное правило, чтобы не полнеть и сохранить фигуру, — не переедать. В свое время И. П. Павлов говорил о том, что для сохранения здоровья необходимо вставать из-за стола с чувством неполного утоления голода.

Если в редких случаях прибавка в весе желательна, то для большинства она противопоказана. Ожирение не только портит фигуру и вредно сказывается на общем состоянии организма (особенно на сердечно-сосудистой системе), но часто ведет к резкому понижению функции яичников (E. R. Fischer et al., 1974) и, как следствие, к половой холодности (K. Imelinski, B. Gierdziewicz, 1975).

Каждая женщина должна следить за своим весом. Для этого нужно знать свою весовую категорию.

Мы (В. И. Здравомыслов) в свое время при учете результатов курортного лечения (Евпатория, Сочи) широко пользовались шкалой «весовых категорий». По этой шкале физиологической нормой считается вес человека в пределах ±10—5 кг от роста женщины в сантиметрах минус 100. Этот вес соответствовал 5-й весовой категории по нашей классификации.

Каждая женщина, в зависимости от ее роста и веса, может быть отнесена к одной из 9 основных весовых категорий.

*Весовые категории по В. И. Здравомыслову*

1-я весовая категория — кахексия. Сюда относятся больные, которым не хватает более 20 кг до нормального веса.

2-я — истощенные. Нехватка веса от 15,1 до 20 кг.

3-я — худые. Нехватка веса составляет от 10,1 до 15,0 кг.

4-я — худощавые. Нехватка веса от 5,1 до 10,0 кг.

5-я — нормальный вес. Вес ±5 кг от идеального.

6-я — упитанные. Превышение веса от 5,1 до 10,0 кг.

7-я — умеренное ожирение. Превышение веса от 10,1 до 15,0 кг.

8-я — ожиревшие, или тучные. Превышение веса от 15,1 до 20,0 кг.

9-я — чрезвычайно ожиревшие. Превышение веса более 20,0 кг.

Для женщин с чрезвычайно большим превышением веса можно применить добавочные весовые категории. Так, мы наблюдали одну больную, которая при росте 165 см имела вес 116 кг, следовательно она могла относиться к 15-й весовой категории, как имеющая излишек веса более 50 кг.

В погоне за хорошей фигурой нельзя перегибать палку. Систематическое недоедание и употребление только малокалорийной пищи ведет к нарушению жизненных, в том числе и половых, функций.

Ярким примером могут служить исследования I. Baron, R. Hyla, которые наблюдали 15 молодых женщин в возрасте 16—22 лет со вторичной аменореей, наступившей в результате большой потери в весе, связанной с желанием похудеть. Все женщины физически и психически были практически здоровы и лишь в течение 2—9 месяцев соблюдали соответствующий режим, включая в свой рацион питания малокалорийные продукты. Потеря в весе составляла 13±4 кг (21% первоначального веса женщины).

Некоторые женщины в погоне за быстрым похуданием широко применяют мощные мочегонные (лазикс, урегит

и др.). В результате обследования этих женщин было обнаружено резкое снижение половой функции: снизилась экскреция эстрогенов, во влагалищном мазке была зарегистрирована низкая эстрогенная реакция. Биопсия яичников, взятая при лапароскопии, показала разрастание соединительной ткани, единичные первичные фолликулы и склерозированные белые тела. Ясно, что необдуманная погоня за хорошей фигурой может привести к печальным результатам.

Профессор В. А. Люсов на страницах журнала «Здоровье» предостерегает любительниц чрезмерной худобы. Резкое похудание может нарушить физиологический баланс калия и натрия в организме. Дефицит калия особенно опасен для сердца: учащается сердцебиение, появляются перебои (экстрасистолы), которые представляют опасность для жизни, приводя к остановке сердца. Длительное бесконтрольное применение вошедшего в моду верошпирона изменяет гормональное состояние организма — у мужчин это грозит увеличением грудных желез, импотенцией, у женщин — расстройством менструального цикла и оволосением лица. Верошпирон, назначаемый по показаниям (отеки, ожирение), принимается в комплексе с калиевыми и гормональными препаратами.

Каждая женщина должна стремиться приблизить свой вес к 5-й весовой категории. Для женщин небольшого роста допустима 4-я весовая категория, а для высоких — 6-я, во всяком случае, ни под каким видом нельзя выходить за пределы 4—6-й весовых категорий.

**Акселерация современных девушек.** Для того чтобы понять сдвиги в сознании и психике женщин и в их отношении к сексуальной жизни, необходимо познакомиться с вопросом об акселерации. Акселерация, то есть более раннее половое созревание женщин, за последнее столетие охватила все страны мира.

За минувшие 100 лет начало первых менструаций в некоторых странах сдвинулось в среднем почти на 3 года. Если в США этот сдвиг составлял 1,5—2 года, то в Англии и Норвегии — 3,5 года. По мнению T. Romanus, в скандинавских странах у девочек, обучающихся в смешанных школах, менструации начинаются раньше, чем в чисто женских. В Чехословакии за последние 60 лет приход менструации ускорился на 2 года. По данным К. Кубата, за каждые 10 лет ускорение равно 4 месяцам.

В связи с акселерацией Nitschke предлагает теперь

(1974) считать настоящим pubertas praecox начало менструаций ранее 8,5 года, а в возрасте 8,5—11,5 говорить о «раннем нормальном пубертате». Начало менструаций после 16 лет — pubertas tarda (Коларов П.).

В России и в Советском Союзе возраст наступления первых менструаций снизился за столетие в среднем на 3 года. Процесс акселерации идет беспрерывно, но далеко не равномерно, то несколько затихая, то давая резкие скачки. Таких скачков акселерации на территории России и Советского Союза за последнее столетие можно отметить по крайней мере три: 1) отмена крепостного права в России (1861), 2) Великая Октябрьская социалистическая революция (1917), 3) Великая Отечественная война (1941—1945). Уже в 70-х годах прошлого столетия ряд авторов отметили начало акселерации и влияние на нее социальных факторов (материальный достаток, образование).

Влияние социальных факторов на половое созревание четко прослеживается в работе Смидовича (1877). При опросе 2157 женщин выяснилось: впервые менструации начались в 15,73 года, из них у крестьянок (943 женщины) — в 16,31 года, у мещанок (943 женщины) — в 15,44 года и у женщин привилегированного сословия (271) — в 14,03 года. Разница между наступлением первых регул у крестьянок и женщин привилегированного сословия составила более двух лет.

По данным профессора М. И. Горвиц (1876), для девушек привилегированного сословия средний возраст начала менструаций 15,41 года, а для сельских жительниц и бедных — 17,53. Разница также более 2 лет. С. В. Розов и Tyrchowski считали, что чем состоятельнее женщина, тем быстрее у нее идет процесс созревания.

Прямые указания на акселерацию мы видим в работах Н. Соколова (1880) и В. Крумбмюллера (1889). Оба автора приходят к заключению, что за последние 18—20 лет русские девушки стали менструировать заметно раньше. По В. Крумбмюллеру, вместо 16,23 года — в 15,67. Н. Соколов пишет, что процент девушек, начавших менструировать до 16 лет, возрос с 59,8 до 77,8. Это явление исследователи объясняли изменением и улучшением условий жизни крестьянской среды, связывая акселерацию с крестьянской реформой.

По мнению Tyrchowski, чем образованнее женщина, тем скорее она созревает в половом отношении. По его данным, для 567 полек, не получивших никакого образова-

ния, средний возраст наступления первых месячных — 16,23 года, для 340 полек, получивших низшее образование, — 15,54, для 418 девушек, получивших среднее образование, — 14,56, а для 206 польских женщин с высшим образованием — 14,48 года.

Всесторонне обработанный материал представлен в статистической работе профессора В. С. Груздева (1895) (10 000 собственных наблюдений и 54 769 — сборная статистика). Средний возраст начала менструации — 15,5 года. При разбивке этих данных по социальному признаку В. С. Груздев обнаружил, что девушки состоятельных классов и учащиеся начинали менструировать в 14,5 года, фабричные работницы — в 15,5, а крестьянки — в 16,5. Он, так же как и В. Крумбмюллер, Н. Д. Жбанков, А. Репров, С. Крапивина, отметил, что многие крестьянские девушки во время летних тяжелых полевых работ вообще не имели менструаций. Это явление характерно и для Западной Европы (David, Mayer, Raciborski, Schrader et al.).

Следующие 20—25 лет процесс акселерации в России резко замедлился и дал новый скачок после Октябрьской революции.

Мы, наблюдая гинекологических больных (1930—1940 годы), отметили, что менструации у них начинались в среднем в 14,5 года. Введение всеобщего образования, изменение материальных условий крестьянства сгладили разницу между колхозницами и горожанками.

Третий скачок акселерации отмечен после Великой Отечественной войны. Ю. Ф. Борисова, обследовав московских школьниц, нашла, что в среднем менструации начинались в 12 лет 9 месяцев.

Если разделить всю жизнь женщины на ряд этапов: 1) aetas infantilis — детство до начала менструаций; 2) aetas sexualis — период от начала менструаций до начала половой жизни; 3) aetas genitalis — период от первого полового сношения до наступления климакса; 4) aetas climactericus — климактерический период; 5) aetas senilis — старость, — то бросается в глаза парадокс. В прошлом столетии девушки из состоятельных семей, начиная менструировать значительно раньше своих сверстниц-крестьянок, выходили замуж значительно позже их.

Чрезмерно ранние браки среди крестьянства не составляли редкости. В подобных случаях aetas sexualis, очевидно, должен вызывать сомнение, так как иногда девушка выходила замуж еще до прихода менструаций.

У обследованных нами женщин возраст начала половой жизни колебался в широких пределах. Наиболее часто половая жизнь начиналась в 17—21 год. Были случаи как чрезвычайно раннего (9, 11, 13, 14 лет), так и позднего (33—34, 35—36 лет) начала половой жизни. Средний брачный возраст составил 20,26 года.

**Сексуальная психопрофилактика и психогигиена.** Среди половых проблем ведущее место занимают сексуальные дисгармонии. Они не являются заболеваниями в полном смысле этого слова, а скорее представляют собой область предпатологии, т. е. состояния, которое при неблагоприятных обстоятельствах может привести к развитию функциональных половых заболеваний, а при своевременной коррекции приводит к восстановлению нормальной половой деятельности. Сексуальные дисгармонии требуют не лечения, а психопрофилактики и психогигиены или, как сейчас говорят, психокоррекционной работы.

Проводя беседы со взрослыми людьми, молодоженами и т. д., надо указать на роль предварительного (подготовительного) периода половой жизни, который играет не меньшую роль, чем сам половой акт. В противоположность зарубежным авторам (R. Steet et al.), односторонне подчеркивающим только роль сексуальной техники, отечественные специалисты выдвигают понятие о сочетании техники и психологического содержания. Так, умеренно выраженное преждевременное семяизвержение (укороченный половой акт) может быть корригировано улучшением подготовительного периода.

Существенной проблемой является общение мужа и жены, достижение одинакового понимания ими взглядов и мнений друг друга.

**Профилактика сексуальных дисгармоний.** Все приведенное показывает, какую важную роль в жизни каждой брачной пары и всего общества играют сексуальные расстройства.

Несомненно, одним из самых лучших методов лечения является психотерапия, особенно гипносуггестивная, применяемая в чистом виде, или как составная часть комплексного лечения, где она, бесспорно, играет ведущую роль (А. Н. Гудкович и Е. Н. Мейтина, С. П. Горбачева и М. И. Момот, Н. С. Нешков и др.). И. А. Копылова получила хорошие результаты и от аутогенной тренировки.

Сексуальные расстройства часто ведут к разрушению семьи, к разводам, где в первую очередь страдают дети.

Поэтому необходимо усиление борьбы за укрепление хорошей, крепкой семьи.

Когда на сексуальной или иной почве возникают семейные конфликты, могущие повести к разрушению семьи, наша задача постараться выявить этиологию этих конфликтов и путем лечения одного или обоих супругов, путем разъяснений стараться их ликвидировать.

В этом отношении очень интересна работа, проводимая в Сент-Луисе (США) клиникой W. Masters, V. Johnson, которые брали на лечение только брачные пары и в течение двух недель проводили комплексное безмедикаментозное лечение, основным компонентом которого являлась психотерапия.

Большинство дисгармоний в супружеской жизни происходит из-за крайне малой осведомленности в половых вопросах либо одного из супругов, либо обоих. Необходимо в самых широких масштабах развивать санитарно-просветительную, санитарно-профилактическую, психогигиеническую работу. Надо, чтобы юноши и девушки вступали в брак не с завязанными глазами, стоя на краю пропасти, с примитивными, а иногда и извращенными понятиями о супружестве вообще и о половой жизни в частности.

Конечно, такая задача не под силу одному врачу. Ее лучше всего выполнит врачебный коллектив, состоящий из врачей различных специальностей (гинеколога, уролога, эндокринолога, невропатолога, психиатра, педиатра), а также психолога и юриста.

У нас научная работа в области сексологии возобновилась с 1953 года (Г. С. Васильченко), а санитарно-просветительная сексологическая работа — с 1966 года.

В Ленинграде с 1966 года при Университете психического здоровья читаются лекции по психогигиене брака, раздельно для мужчин и женщин (Г. С. Беляев, Э. М. Дворкин), а в «Клубе молодоженов», организованном при Дворце бракосочетания, для супружеских пар один раз в месяц проводят беседы психологи, искусствоведы, юристы и врачи-сексопатологи. В Ленинграде в 1971 году впервые в Советском Союзе создана «Консультация по вопросам семейной жизни» (А. М. Свядощ, З. В. Рожановская), которая проводит индивидуальные консультации сексопатологов и психологов. Изучаются проблемы психологической и сексуальной совместимости супружеских пар (С. С. Либих, Н. Н. Обозов). Ленинградская консультация является санитарно-просветительным учреждением. Здесь не лечат, не

ведут историй болезни, что лишает врачей возможности вести динамическое наблюдение и фиксировать результаты своих консультаций.

Конечно, такой модус имеет и свои положительные качества. В ряде случаев он больше располагает к откровенно-интимному разговору. В целом работа этой консультации в психогигиеническом плане — явление положительное и актуальное.

Но сексологическим больным в первую очередь необходимы диагностика и лечение. Этим требованиям отвечают консультации «Семья и брак», организованные в Москве и других городах страны.

Эти консультации располагают рядом кабинетов:

1) кабинет контрацепции, оснащенный набором как механических (в том числе внутриматочных), так и гормональных контрацептивов;

2) кабинет женского бесплодия (где есть возможность провести гидротубацию и метросальпингографию);

3) урологический кабинет мужского бесплодия;

4) кабинет невынашиваемости беременности;

5) эндокринологический кабинет (где при необходимости определяют гормональное зеркало);

6—7) кабинеты мужской (ведет врач-мужчина) и женской сексопатологии (ведет врач-женщина);

8) медико-генетический кабинет.

Кроме того, имеются лаборатории, позволяющие всесторонне обследовать больного (от спермограмм и обычных клинических анализов до иммунобиологической совместимости). Здесь же можно проконсультироваться у юриста. К каждому разделу работы прикреплен консультант-профессор.

Помимо лечебной работы, консультации «Семья и брак» ведут большую санитарно-просветительную и методическую работу. Заслуживает внимания и работа с письмами.

Во многих городах организовываются «Службы знакомств», во Дворцах бракосочетаний устраиваются вечера для молодых семей, где специалисты читают лекции по сексологии.

Чтобы предотвратить развитие сексуальных нарушений, прежде всего нужно правильно организовать санитарно-просветительную и воспитательную работу среди детей и юношей.

Как видно из табл. 23, основным источником полового просвещения были более «опытные» подруги-сверстницы

*Таблица 23*

**Источник половой информации девочек**

| Годы | Число наблюдений | Автор | Источник информации | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | семья | школа | подруги |
| 1908 | 324 | Н. Д. Жбанков | 12,7% | 17,0% | 66,8% |
| 1923 | 550 | С. Я. Голосовкер | 1,2% | 1,2% | 64,2% |
| 1972 | 500 | З. В. Рожановская | 5,0% | 6,4% | 67,8% |

или девочки старшие по возрасту. В большинстве случаев эти сведения в циничном, разлагающем виде поступают до 10—12 лет, а иногда и раньше. Сведения же, полученные от семьи и школы, не только занимают крайне незначительное место, но и сильно запаздывают. Так, по данным З. В. Рожановской, в 75% случаев половое просвещение в семье и школе начинается в 15 лет и позднее.

Даже к началу менструаций своевременно и надлежащим образом не было подготовлено, по Н. Д. Жбанкову, 44,75% девочек, а по С. Я. Голосовкеру — 47,6%. Становится понятным, почему так часто встречаются женщины, страдающие с детства первичными меналгиями: с одной стороны — психическая травма (страх), вследствие которой образуется условно-рефлекторная связь кровь — боль, а с другой стороны — чрезмерная сенсибилизация и ожидание боли.

За последнее время отмечается крайне нежелательная как бы поляризация полового поведения молодежи. С одной стороны — распущенность, ранний петтинг, раннее начало половой жизни, а с другой стороны — ханжеское замалчивание половых вопросов и неправильное воспитание. Так, по данным З. В. Рожановской, 12,6% пациенток (из 500 здоровых женщин) до самого замужества ничего не знали о половой жизни). По нашим (В. И. Здравомыслов) обширным сексологическим наблюдениям, более 10% обратившихся за помощью женщин страдали тяжелым вагинизмом, который, бесспорно, является психогенным заболеванием.

Первые сведения о сексуальных отношениях, о любви и браке молодежь должна получать в школе в плановом порядке от воспитателей, инструкторов физкультуры, учителей и врачей в доступной возрасту тактичной форме.

Анализ анкет, проведенный Н. Д. Жбанковым, показал, что в 33 из 324 семей (более 10%) родители в своих половых сношениях не стеснялись детей, что совершенно недопустимо. К сожалению, далеко не все родители это осознают.

Остановимся на психологической стороне полового воспитания мальчиков и девочек, а в дальнейшем и подростков обоего пола. Мальчиков нужно воспитывать в духе уважения, защиты и помощи девочкам.

Ведущую роль должен играть личный пример. Прообразом отношения мальчика, а в дальнейшем юноши к девочке и девушке будет служить поведение его матери и отношение к ней отца.

Вторым важным моментом воспитания может быть использование книг и других видов искусства.

Следующим этапом является тактика родителей и других взрослых при необходимости давать ответы на вопросы детей, относящиеся к полу. Такие вопросы формируются различно, в зависимости от возраста и интересов детей. Имеются разногласия по вопросу о том, когда начинать объяснение детям того, как происходит деторождение, почему люди делятся на мужчин и женщин и т. д. Одни придерживаются мысли о том, что подробное разъяснение нужно начинать активно, не дожидаясь формирования соответствующего интереса, другие (и мы принадлежим к их числу) считают, что разъяснение должно идти параллельно этому процессу. Беседы отца с сыном способствуют развитию у ребенка волевых качеств, механизмов самоутверждения, «социализации» полового чувства. Беседы матери способствуют развитию у детей эмоциональной мягкости, понимания чувств другого человека.

Половое воспитание вне семьи проводится главным образом в школе, и его целесообразно сочетать с нравственным воспитанием вообще, укрепляя и всячески поддерживая здоровые традиции в этом отношении.

В круг полового воспитания подростков входит и разнообразная информация по поводу возникающих у них половых отправлений. В здоровой и хорошо организованной семье обычно эта работа проводится весьма успешно. В настоящее время сравнительно редко бывают случаи тяжелых невротических реакций у девушек на появление у них менструаций ввиду правильной их подготовки со стороны матерей. Несколько чаще наблюдается реакция мальчиков на появление поллюций, и все еще довольно часты различ-

ные дефекты воспитания в связи с подростковым онанизмом. Современные научные данные говорят о том, что подростковый онанизм практически безвреден и единственным отрицательным моментом может быть лишь последствие запугивания им (Г. С. Васильченко, K. Imelinski). Подростковый онанизм наблюдается почти у всех мальчиков и примерно у половины девочек. Однако до сих пор встречаются случаи запугивания последствиями онанизма не только со стороны родителей, но даже некоторых врачей. Вся тактика родителей и врачей должна сводиться к развенчиванию онанизма, к тому, чтобы подросток утратил к нему интерес, но в то же время неуместны какие-либо запреты этой привычки и запугивание ее последствиями. Необходимо считаться и с возможностью доступа некоторой части подростков к эротическим книгам, а иногда и к порнографическим изданиям, распространяющимся тайно. Правильным будет привить чувство брезгливости при знакомстве с такого рода литературой. В противовес такой возможности надо систематически знакомить подростков с лучшими художественными произведениями, воспевающими любовь. Надо воспитывать как у подростков, так и у взрослых воспитателей тактичное и бережное отношение к первым проявлениям чувства у школьников. Факты высмеивания их, перехвата и чтения записок и писем, запрета, налагаемого на их встречи, и т. п. должны быть осуждены.

Важное значение в системе полового воспитания имеет предупреждение раннего начала половой жизни и добрачных связей. Целесообразно указать на те основные направления, по которым следует вести так называемое половое просвещение взрослых мужчин и женщин.

1. Психогигиенические консультации и половое просвещение до вступления в брак касаются роли различных сексуальных отправлений (менструации, поллюции, онанизм и т. д.), желательности и возможности воздержания, советов по упорядочению и культуре взаимоотношений между полами.

2. Психогигиеническая работа при вступлении в брак. Групповые лекции и индивидуальные консультации, касающиеся возраста вступающих в брак, значения наследственности, основных вопросов организации семейной жизни, и лишь при необходимости обратившиеся за консультацией могут получить более детальные сексологические советы (по технике половой жизни с обращением особого внимания на необходимость периода предварительных ласк).

3. Психогигиеническая работа среди лиц, состоящих в браке. В содружестве с сексопатологом и гинекологом даются рекомендации о режиме половой жизни, наилучших способах предохранения от беременности, расширении диапазона приемлемости, о частоте половых сношений, о различных позициях в половом акте и т. д.

4. Психогигиеническая работа с лицами, поставившими вопрос о разводе. В данном случае целесообразно указать конкретные пути ликвидации внутрисемейных конфликтов. Многие лица, состоящие в браке, твердо усвоили понятие о равноправии полов, но в практической жизни понимают его упрощенно только как равенство и тождество мужа и жены. В результате стираются специфические психологические особенности мужа и жены, происходит известная «десексуализация», состоящая в том, что муж либо мало участвует в семейной жизни, либо выступает в виде сексуально нейтрального и даже женоподобного субъекта. В то же время лишенная женственности и сексуальной привлекательности жена приобретает некоторые черты мужского поведения. Задачей полового просвещения, воспитания и образования является сохранение и укрепление специфически мужских и женских черт, мужского и женского поведения мужа и жены в условиях их равноправия. Недаром К. Маркс на вопрос своих дочерей, что он ценит больше всего в мужчине и что в женщине, указал на силу в мужчине и на слабость в женщине, т. е. в известном смысле подчеркнул их противоположные особенности. «Защита семьи», решение вопросов семейной стратегии, некоторые вопросы воспитания сыновей, а также наиболее трудные и тяжелые бытовые и хозяйственные работы более свойственны мужчине. Создание эмоционального климата семьи, психологического и бытового уюта, художественное и нравственное воспитание детей и т. д. более свойственны женщине. Следует подчеркнуть, что между мужем и женой, а также всеми членами семьи должны господствовать не просто отношения равенства, а гармонии, которая предполагает не одинаковость людей, а их взаимное дополнение.

## ЛИТЕРАТУРА


*Аптер И. М.* Вопросы психотерапии. М., 1966.

*Барсукова О. И.* Вопросы сексопатологии. М., 1969; Проблемы современной сексопатологии. М., 1972.

*Бехтерев В. М.* — Обозрение психиатрии, 1913, № 6, 7; 1914, № 7, 8, 9; — Русский врач, 1918, вып. 17, № 29—32, с. 33—36, 169; — В сб. Половой вопрос в свете научных знаний. (Под ред. В. Ф. Зеленина): Госиздат, 1926; Половая деятельность. М. — Л., 1926; Значение полового влечения в жизнедеятельности организма. М., 1928.

*Борисенко Ю. А.* — В кн: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 7.

*Ботнева И. Л.* — В кн: Общая сексопатология. (Под ред. Г. С. Васильченко). М., 1977, с. 75—87, 168—175, 373—381; — В сб.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. (Под ред. А. А. Портнова). М., 1978, с. 25, 41.

*Васильченко Г. С.* Патогенетические механизмы импотенции. М.: Медгиз, 1956; — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с 183, 103—128; О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении М., 1969; — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 69, 126; — В кн.: Проблемы сексопатологии и бесплодия. Киев, 1973, с 28, 119; — В кн: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии Тамбов, 1974, с. 354—360.

*Васильченко Г. С., Ботнева И. Л., Нохуров А.* Первичное обследование женщин, страдающих сексопатологическими расстройствами. (Методические рекомендации). М., 1975.

*Вольпер М. И., Либих С. С.* — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М, 1972, с 175.

*Дворкин Э. М.* — В сб.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967.

*Дворкин Э. М., Рожановская З. В.* — В кн.: Вопросы деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.

*Деревинская Е. М.* Материалы к клинике, патогенезу, терапии женского гомосексуализма. Автореф дис. канд. Караганда, 1965.

*Здравомыслов В. И.* — Журн. акуш. и женск. болезней, т. 39. 1928, № 3; Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии. Л, 1930; — Акуш. и гин, 1932, № 2, с. 50: Гипноз и внушение в акушерстве и гинекологии. Автореф. дис. докт. М., 1937; Сб. науч. работ Ставропольского мед. ин-та, вып. 2. Ставрополь, 1956, с. 81—94; — В кн: Вопросы психотерапии. М., 1966; — В кн.: Охрана здоровья женщины, матери и новорожденных. М., 1966, с. 215; — В кн.: Неврозы и соматические расстройства. М., 1966, с. 252; — В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии Харьков, 1968, с. 339, 436; — В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969; — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 409.

*Здравомыслов Як.* Вопросы половой жизни. Л., 1926.

*Иванов Н. В.* Методическое письмо о лечении функциональных

расстройств половой сферы мужчин и женщин. М., 1956; Вопросы психотерапии функциональных расстройств половой сферы во врачебной практике. М., 1961; — В кн.: Психонейрогинекология и акушерство. Харьков, 1964, с. 53; Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. М., 1966; — Мед. газета. 1968, 20 авг.; — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 240—262; — В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 117; — В кн.: Вопросы деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974; — В кн.: Руководство по психотерапии. (Под ред. В. Е. Рожнова) М., 1974, с. 230

*Имелинский К.* Психогигиена половой жизни (Пер. с польск.) М.: Медицина, 1972.

*Консторум С. И.* Опыт практической психотерапии. Изд. 2-е М., 1962.

*Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатология. Спб., 1914.

*Либих С. С.* — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии М., 1967, с. 433; Теория и практика коллективной психотерапии. Автореф. дис. докт. 1969; — В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969; Коллективная психотерапия неврозов. Л., 1974; — В кн.: Руководство по психотерапии. (Под ред. В. Е. Рожнова). Изд. 2-е, Ташкент, 1979.

*Либих С. С., Дворкин Э. М.* — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967.

*Либих С. С, Петров В. П.* Социально-психологические проблемы современной семьи. Л., изд. ГИДУВа, 1969.

*Мандельштам А. Э.* — БМЭ, т. 25. с. 582; т. 35, с. 874; Семиотика и диагностика женских болезней. Л., 1976;

*Мягер В. К.* — Тр. IV Всесоюз. съезда психотерапевтов. Тбилиси, 1971, с. 877; — Тр. Лен. НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева, т. 75, 1975, с. 95; — В кн.: Вопросы психотерапии. М., 1979, вып. 3, с. 59; Всерос. науч.-практ. конф. по психотерапии. М., 1973, с. 83.

*Нойберт Р.* Вопросы пола. (Пер. с нем.). Фрунзе, 1960.

*Нойберт Р.* Новая книга о супружестве. (Проблема брака в настоящем и будущем). (Пер. с нем.). М., 1967.

*Нохуров А.* Автореф. дис. канд. М.. 1975.

*Платонов К. И.* Слово как лечебный и физиологический фактор. М., 1963. Изд. 3-е.

*Посвянский П. Б.* — В кн.: Вопросы психотерапии. М., 1966, с. 189; — В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 144; — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 79; — В сб.: Вопросы психотерапии, сб. III, посвящ. К. И. Платонову. М., 1973, с. 154.

*Решетняк Ю. А.* — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 97—102; — В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 450—451; Тез. Пражского сексолог. симпозиума. Прага, 1968; Автореф. дис. канд. М., 1971.

*Рожановская З. В.* — В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974, с. 391; — В кн.: Психоневрология, психотерапия, психология. Алма-Ата, 1972, с. 141, 139, 146; Тр. Перм. мед. ин-та, вып. 2. Пермь, 1972, т. 107, с. 371; Профилактика сексуального нарушения у женщин. Метод. указания. Харьков, 1977.

*Рожановская З. В., Свядощ А. М.* — В кн.: Вопросы сексопатологии. М, 1969, с. 128.

*Рожнов В. Е.* — Журн. невропатол и психиатр., 1953, № 6, с. 462—464.

Руководство по психотерапии (Под. ред. В. Е. Рожнова.) Ташкент, 1979. Изд. 2-е.

*Свядощ А. М.* — В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексо-

логии. Караганда, 1967, с. 119; — В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 130; Неврозы и их лечение. М., 1971. Изд. 2-е; — В кн.: Вопросы психиатрии. Пермь, 1972, с. 33; — В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974, с. 360—363; Женская сексопатология. М., 1974.

*Свядощ А. М., Деревинская Е. И.* — В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967, с. 124; — В кн.: Матер. выездной сессии президиумов Всесоюз. и республ. обществ невропатологов и психиатров Казахстана и республик Средней Азии. Алма-Ата, 1967, с. 64.

*Слабодяник А. П.* Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1966. Изд. 2-е.

Статев разлади. (Под ред. И. М. Аптера). Киев, 1974.

*Якобзон Л. Я.* — Врач. газета, 1927, № 13, 14, с. 980; Половая холодность женщины. Л., 1927; Онанизм у мужчин и женщин. Пгр., 1923; Поллюции. БМЭ, т. 25, с. 872.

Fleck F., Fleck M. Organische und funktionelle Sexualerkrankungen. VEB Verlag Volks und Gesundheit, Berlin, 1974.

Hesse P. G., Trembrock G. Sexuologia (Band. 1). Leipzig, 1974.

Hesse P. G., Grimm H. Sexuologie (Band 11). Leipzig, 1976.

Hirschfeld M. Geschlechtskunde. Stuttgart, 1926—1930, 1—4 T.

Höck K. Psychotherapie inter modernen Gynäkologie. Leipzig. 1973.

Hynie J. Lekarska sexuologia. Martin, Osveta, 1970.

Jaschke R. Lehrbuch, 1923.

Kinsey A. C. Pomeroy W. B., Martin C. E. Gebhart P. H. Das sexuelle Verhalten der Frau. Berlin, 1954.

Kalyana Malla. Smarra hasin vile. New York, 1964.

Liepmann W. E. — Arch. f. Gynec., Bd. CXX, C. 271; Med. Klin., 1922; Gynäkologische Psychotherapie. Berlin — Wien, 1924.

Mantegazza P. L'amour dans l'humanité. Paris, 1886; Hygiene l'amour. Paris, 1909; Fisiologia bella donna. Paris, 1909.

Marcuse M. Mandwörterbuch des Sexualwissenschaft. Bonn, 1926.

Masters W. H., Johnson V. E. Human sexuol response. Boston, 1966; Die sexuale Reaktionen. Frankfurt a. M., 1967.

Moll A. Die konträle Sexualempfindung. Berlin, 1893; Hadbuch der Sexualwissenschaft. Leipzig, 1912.,

Rohleder H. Die Masturbation. Berlin, 1919.

Stöckel W. Die Geschlechtskäle dar Frau (eine Psychopathologie des Weiblichen Geschlechtslebens). Berlin — Wien, 1921.

Velde Th. van de. Die Vollkomene Ehe. Zürich, 1953; Die Erotik in der Ehe. Zürich, 1958.

Voita M. — Uvedomele rodicovstvi. Praha, 1960; Cs. gynek., 1974, 39, N 3, s. 237—239.

## ОГЛАВЛЕНИЕ



*Василий Иванович Здравомыслов,*
*Зося Ефимовна Анисимова,*
*Сергей Сергеевич Либих*

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЖЕНСКАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ**

Сдано в набор 10.08.94. Подписано в печать 22.09.94. Формат 84×108¹/₃₂. Бум. офс. № 2. Гарнитура литературная. Печать высокая. Тираж 100 000 экз. Зак. № 828.
ТОО фирма «Репринт».
ТОО «Типография «Книга», 614001, Пермь, Коммунистическая, 57.